

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

**HRONISKU SLIMĪBU PACIENTU
VADĪŠANA
PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ,
REHABILITĀCIJAS
IESPĒJU, REZULTĀTU UN TEHNISKO
PALĪGLĪDZEKĻU PIELIETOJUMA
IZVĒRTĒŠANA**

Rīga
2019

ANOTĀCIJA

Metodiskais līdzeklis "Hronisku slimību pacientu vadīšana primārajā veselības aprūpē, rehabilitācijas iespēju, rezultātu un tehnisko palīglīdzekļu pielietojuma izvērtēšana" izstrādāts Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.6.0/17/I/001 "Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana" ietvaros.

Metodiskā līdzekļa izstrādes mērķis ir veidot izpratni par to, kā pacientus ar hroniskām slimībām vadīt primārās veselības aprūpes līmenī un kā atbilstoši savai profesionālajai kompetencei attīstīt prasmes integrēt rehabilitācijas un tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumu vajadzības izvērtēšanu pacientiem ar hroniskām slimībām.

Metodiskais materiāls ir paredzēts ārstiem, ārstu palīgiem, funkcionālajiem speciālistiem, farmaceitiem un primārās aprūpes māsām kā palīgmateriāls tālākizglītības kursa "Hronisku slimību pacientu vadīšana primārajā veselības aprūpē. Rehabilitācijas rezultātu un iespēju izvērtēšana. Tehnisko palīglīdzekļu pielietojuma izvērtēšana" apguvei.

Metodiskais materiāls ietver informāciju par primārās veselības aprūpes paradigmu pacientiem ar hroniskām slimībām, hronisku pacientu līdzestības nozīmi, veselības veicināšanas un profilakses programmu veidošanu pacientiem ar hroniskām slimībām, kritienu riska faktoriem un profilakses pamatprincipiem pacientiem ar dažādiem funkcionēšanas traucējumiem, tehnisko palīglīdzekļu aprites sistēmu, tehnisko palīglīdzekļu veidiem un atzinuma sagatavošanu tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai par valsts budžeta līdzekļiem.

Metodiskā līdzekļa autore ir ergoterapeite, Rīgas Stradiņa universitātes docētāja Zane Liepiņa.

SATURA RĀDĪTĀJS

IEVADS	6
1. VESELĪBAS PRATĪBAS UN PACIENTU LĪDZESTĪBAS NOZĪME HRONISKU SLIMĪBU PACIENTU VADĪŠANĀ PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ	8
1.1. Hronisku slimību paradigma – pacientu un ārstniecības personu sadarbība.....	8
1.2. Veselības pratība un hronisku slimību pacientu līdzestība primārajā veselības aprūpē ..	9
1.3. Pacienta izglītošana par veselības stāvokļa pašpārvaldes metodēm	12
2. KRITIENI UN TO PROFILAKSE.....	16
2.1. Kritienu riska faktori un profilakse pacientiem ar hroniskām slimībām primārajā veselības aprūpē.....	16
2.2. Kritienu riska izvērtēšana	17
2.3. Kritienu riska profilakses pamatprincips – fiziskās aktivitātes	18
2.4. Kritienu riska mazināšanas un pašpārvaldes stratēģijas.....	21
3. MULTIDISCIPLINĀRA PIEEJA REIMATOLOĢISKU PACIENTU VADĪŠANĀ PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ.....	23
3.1. Funkcionālie ierobežojumi un to novērtēšana pacientiem ar reimatoloģiskām saslimšanām.....	23
3.2. Locītavu aizsardzības pamatprincipi un neatkarības līmeņa saglabāšana.....	26
4. VISPĀRĪGIE TEHNISKO PALĪGLĪDZEKĻU LIETOŠANAS MĒRĶI, IZVĒLES UN PIEMĒROŠANAS PAMATPRINCIPI.....	29
4.1. Tehnisko palīglīdzekļu novērtēšanas process saskaņā ar Starptautisko funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikāciju	
4.2. Ārstniecības personu kompetence personas funkcionēšanas novērtēšanā un tehnisko palīglīdzekļu izvēlē un rekomendēšanā.....	32
4.3. Tehnisko palīglīdzekļu aprites sistēma Latvijā	34
5. REHABILITĀCIJAS REZULTĀTU IZVĒRTĒŠANA PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ.....	37
6. REHABILITĀCIJAS MĒRĶU IZVIRZĪŠANA (<i>SMART</i>) UN MĒRĶU SASNIEGUMU SKALA.....	39
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS.....	41
PIELIKUMI.....	49

TERMINU SKAIDROJUMS

Funkcionēšana	<p>Funkcionēt – darboties, veikt uzdevumu, funkciju [1].</p> <p>Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas kontekstā funkcionēšana ir visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas un struktūras, aktivitātes un dalību; savukārt nespēja kalpo kā visaptverošs termins ķermeņa funkciju un struktūru bojājuma, aktivitāšu un dalības ierobežojumu apzīmēšanai [26, 3. lpp.].</p>
Funkcionālais traucējums	<p>Slimības, traumas vai iedzimta defekta izraisīts fiziska vai garīga rakstura traucējums, kas ierobežo personas spējas strādāt, aprūpēt sevi un apgrūtina personas iekļaušanos sabiedrībā [24].</p>
Primārā veselības aprūpe	<p>Primārā veselības aprūpe ir galvenā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas balstās uz zinātniski pamatotām un praktiskām metodēm, ir pieejama iedzīvotājiem un kuras izmaksas ir valstij un sabiedrībai pieņemamas. PVA ir valsts veselības aprūpes sistēmas galvenais posms veselības aprūpes nodrošināšanā; tas ir pirmais veselības aprūpes sistēmas līmenis daudzpakāpju sistēmā [79].</p>
Novērtēšanas instruments	<p>Anketas, aptaujas, testi klienta funkcionēšanas deficīta un potenciāla noteikšanai attiecībā uz ķermeņa funkcijām, struktūrām, aktivitātēm un dalību, kā arī svarīgiem kontekstuāliem faktoriem.</p>
Tehniskie palīgīdzekļi	<p>Aprīkojums vai tehniskās sistēmas, kas novērš, kompensē, atvieglo vai neitralizē funkcijas pazeminājumu vai invaliditāti [24].</p>
Tehnisko palīgīdzekļu pakalpojums	<p>Pasākumu kopums, kas nodrošina personas funkcionālo novērtēšanu un tehniskā palīgīdzekļa izgatavošanu, pielāgošanu, lietošanas apmācību, remontu, aprites nodrošināšanu, kā arī piegādi personas dzīvesvietā [24].</p>

SAĪSINĀJUMU SARAKSTS

PVA	Primārā veselības aprūpe
PVO	Pasaules Veselības organizācija
SIVA	Sociālās integrācijas valsts aģentūra
SFK	Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija
SSK-10	Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, desmitā (10.) redakcija
TP	Tehniskie palīglīdzekļi
VTPC	Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centrs

IEVADS

Latvijā ir novērojama strauja sabiedrības novecošanās. Sabiedrības veselības rādītāji būtiski atpaliek no citām ES dalībvalstīm. Veselības stāvokli kā labu Latvijā vērtē 46,2% iedzīvotāju, bet citās ES valstīs – 67%. Neapmierinošie sabiedrības veselības rādītāji mazina darbaspēka nodrošinājumu nākotnē. Mirstības rādītāji vecumgrupā līdz 65 gadiem ir otrie augstākie Eiropā, kas par 3,9% mazina Latvijas darbaspēka resursus (ja mirstības rādītāji atbilstu ES valstu vidējiem rādītājiem). Tas nozīmē, ka netiek iekasēti nodokļu ieņēmumi no darbaspēka 247,3 milj. eiro apmērā jeb 1,24 miljardi eiro piecos gados. Mirstības rādītāji tiešā veidā ir sasīti ar veselības nozares finansējumu – lielāki ieguldījumi būtiski samazina koriģējamās jeb attālināmās mirstības rādītājus. [2; 39]

Sabiedrības veselības situācijas uzlabošanai LR Veselības ministrija pēdējo gadu laikā ir veikusi pasākumus sabiedrības veselības uzlabošanai, arī pašvaldības ar Slimību profilakses un kontroles centra atbalstu iesaistās veselības vecināšanas aktivitāšu nodrošināšanā. Kā būtisks veselību kavējošais faktors ir tas, ka iedzīvotājiem ir ierobežota veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība finansiālu, organizatorisku un ģeogrāfisku apstākļu dēļ.

Pamata līmeni veselības aprūpes sistēmā veido primārā veselības aprūpe – veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko pacientam nodrošina ambulatorās ārstniecības iestādes un stacionārās ārstniecības iestādes ambulatorā nodaļa vai dzīvesvietā sniedz ārsts, māsas, ārstu palīgi vai farmaceiti. Pasaules Bankas pētījumā “Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupu diskusiju rezultāti” norādīts uz trūkumiem pamata veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā iedzīvotāju dzīves vietās un sagatavoti ieteikumi veidot integrētu veselības aprūpes sistēmu, kuras centrā ir pacients, lai uzlabotu hroniski slimu pacientu, kuriem ir blakusslimības, ārstēšanu un uzraudzību sadarbībā ar ārstiem speciālistiem un citām ārstniecības personām. [15, 54. lpp.]

Lai iedzīvotājiem nodrošinātu pakalpojumu pieejamību, pēc Pasaules Bankas ekspertu ieteikumiem tiek attīstīts jauns ģimenes ārsta prakses modelis, kas būtiski varētu uzlabot hronisku pacientu ārstēšanu. Saskaņā ar Veselības ministrijas konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” [11] plānots primārās veselības aprūpes komandai piesaistīt arī citus speciālistus, piemēram, vecmāti, fizioterapeitu, pediatru, ergoterapeitu u.c. Šāds paplašinātais primārās veselības aprūpes ārsta prakses modelis uzlabotu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, ļaujot ieviest ģimenes medicīnas pamatprincipus. Tāpat būtu jāattīsta prakses komandas darbs sadarbībā ar sociālajiem dienestiem, citiem ārstiem speciālistiem un ārstniecības personām, ģimenes ārstu prakšu vai feldšerpunktu sadarbības tīkli, kā arī slimību profilakses darbs, jāattīsta ideālās ģimenes ārsta

prakses modelis, kas sevī ietver primārās veselības aprūpes komandu, kuras sastāvā ietilpst ģimenes ārsts, divas māsas / ārsta palīgi, bet, piemēram, citi speciālisti – vecmāte, pediatrs, fizioterapeits u. c. ārstniecības personas – varētu būt piesaistīti vairākām ģimenes ārsta praksēm. [11]

1. VESELĪBAS PRATĪBAS UN PACIENTU LĪDZESTĪBAS NOZĪME HRONISKU SLIMĪBU PACIENTU VADĪŠANĀ PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ

1.1. Hronisku slimību paradigma – pacientu un ārstniecības personu sadarbība

Hronisku slimību gadījumā simptomi saglabājas ilgstoši, bieži novērojama remisijas fāze. Hroniskas slimības var būt ar progresējošu gaitu un pat izraisīt cilvēka nāvi [9]. Vairāk nekā 133 miljoni iedzīvotāju pasaulē dzīvo ar kādu hronisku saslimšanu, unaredzams, ka šis skaitlis līdz 2030. gadam palielināsies par vairāk nekā vienu procentu gadā, kā rezultātā jau 171 miljonam iedzīvotāju būs nepieciešamas iemaņas hronisku slimību pārvaldībā. Vairāku hronisku slimību ārstēšanai ir nepieciešami uzlabojumi veselības aprūpes sistēmā.

Būtiskākie trūkumi veselības aprūpes sistēmā ir saistīti ar:

- speciālistiem, kuri neievēro savas profesijas vadlīnijas;
- aprūpes koordinācijas un plānotās aprūpes trūkumu;
- aktīvu turpmāko pasākumu trūkumu labāku terapijas rezultātu nodrošināšanai;
- veselības pratības trūkumu savas slimības pārvaldīšanai. [68]

ASV Veselības pētījumu institūtā 1998. gadā tika izveidots hroniskās veselības aprūpes modelis, kurā apkopoti pamatelementi veselības aprūpes sistēmas uzlabošanai sabiedrības, organizāciju, prakšu un pacientu līmenī. Primārās veselības aprūpes ārsta praksei ir svarīga loma hronisku slimību vadībā. Viena no visefektīvākajām intervencēm, lai uzlabotu pacientu ar hroniskām veselības problēmām veselības aprūpi, ir nodrošināt kvalitatīvu, multidisciplināru veselības aprūpi primārās veselības aprūpes līmenī, kā arī uzlabot pakalpojumu pēctecību un aprūpes koordinēšanu starp citiem veselības aprūpes līmeņiem. [68]

Multidisciplināras komandas sadarbība ar pacientu un tuviniekiem palielina terapijas efektivitāti. Galvenie elementi, kuri iekļauti šādā sistēmā, ir:

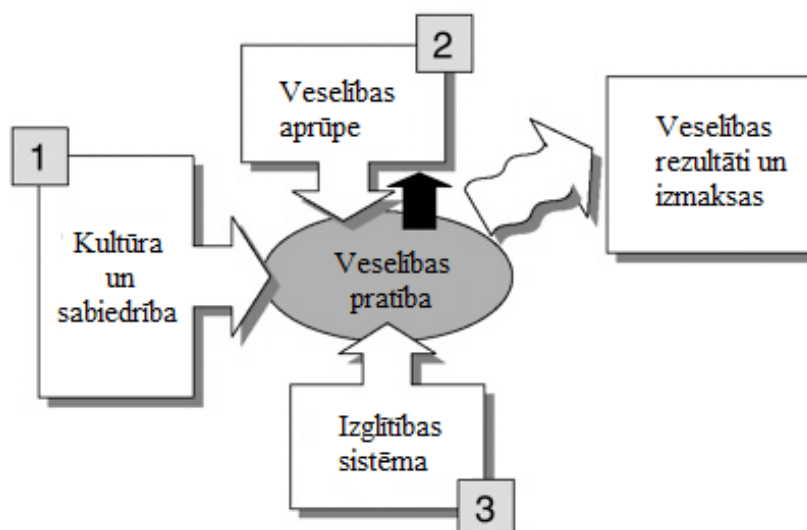
- funkcionālo speciālistu loma primārajā veselības aprūpes sistēmā;
- funkcionālo speciālistu attiecības ar primārās veselības aprūpes sistēmu;
- funkcionālo speciālistu finansēšanas kārtība primārajā veselības aprūpē;
- multidisciplināras komandas sadarbība kopīga gadījuma risināšanā. [36]

1.2. Veselības pratība un hronisku slimību pacientu līdzestība primārajā veselības aprūpē

Aizvien vairāk veselības literatūrā tiek lietots jēdziens “veselības pratība”. Pirmās diskusijas par veselības pratību aizsākās 20. gadsimta 80.–90. gados, kad, balstoties uz pētījumu rezultātiem, zinātnieki nāca klajā ar informāciju, ka sabiedrības informētības, izpratnes un ieinteresētības līmenis ir zems, kas cieši saistīts ar sabiedrības vispārējo izglītības līmeni. Veselības pratības līmenis (augsts, pietiekams, zems vai ļoti zems) ir cieši saistīts ar indivīdu izglītību, sociālo un finansiālo stāvokli. [8]

Pēc Pasaules Veselības organizācijas (PVO) sniegtās informācijas veselības pratība ir kognitīvās un sociālās prasmes, kas nosaka indivīda motivāciju un iespējas iegūt, izprast un izmantot informāciju tā, lai tā veicinātu un nodrošinātu labu veselību [80]. Lai gan tiek izmantotas dažādas definīcijas un veselības pratība ir mainīgs koncepts, pastāv vienošanās, ka veselības pratība nozīmē vairāk nekā “izlasīt brošūras”, “saprast pārtikas produktu marķējumu” un “ievērot ārstniecības personas norādes”. Veselības pratība nav tikai personisks resurss. Augstākā līmeņa veselības pratība sniedz arī sociālos labumus, piemēram, mobilizējot noteiktu sabiedrības grupu, tiek risināta sociālo, ekonomisko un vides faktoru ietekme uz cilvēka veselības stāvokli. Ir jāpievērš uzmanība tam, lai valstu valdības un veselības aprūpes sistēmas sniegtu skaidru, precīzu, atbilstošu un pieejamu informāciju dažādām cilvēku grupām. [80]

Veselības pratības sistēma identificē trīs galvenās potenciālās iejaukšanās jomas un ilustrē potenciālo ietekmi uz veselības pratību, jo indivīdi mijiedarbojas ar veselības un izglītības sistēmām, tos ietekmē kultūras un sociālie faktori. Šo jomu mijiedarbības rezultātā tiek ietekmēts veselības rezultāts un veselības aprūpes izmaksas (skat. 1.1. attēlu). [31]



1.1. attēls. Potenciālie iejaukšanās punkti [31]

Izstrādātā sistēma darbojas kā modelis, kas skaidro cēloņsakarības starp veselības pratību un sasniegtajiem veselības rezultātiem. Termins “kultūra” galvenokārt attiecas uz kopīgām idejām, vērtībām, ko indivīdi ieguvuši kā sabiedrības locekļi. Kultūras, sociālā un ģimenes ietekme ir ļoti svarīga attieksmju un pārlicību veidošanā. Tādā veidā tiek ietekmēta veselības pratības prasmju pielietošana dažādos apstākļos. Būtiski ietekmēt izpratni par veselības pratību var izglītības sistēma. Attīstot rēķināšanas un lasītprasmi, tiek veidots pamats sarežģītākām prasmēm, kas ir saistītas ar izpratni un pielietojumu vēlākajās dzīves situācijās. Izglītības kontekstā tiek ņemta vērā arī veselības aprūpes speciālistu sagatavošana un tālākizglītība. Daudzās veselības aprūpes sistēmās tiek izstrādāti ar veselību saistīti ziņojumi un rīcības plāni. Veselības aprūpē piedalās visi medicīnas un aprūpes speciālisti, kuri nodrošina nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu. [31]

PVO 2013. gada pārskata ziņojumā tiek minēts, ka indivīdiem ar zemāku veselības pratību ir trīs reizes lielāks risks ciest no veselības traucējumiem. Zema veselības pratība kopumā palielina hospitalizāciju skaitu un sadārdzina ārstēšanās procesu. [8]

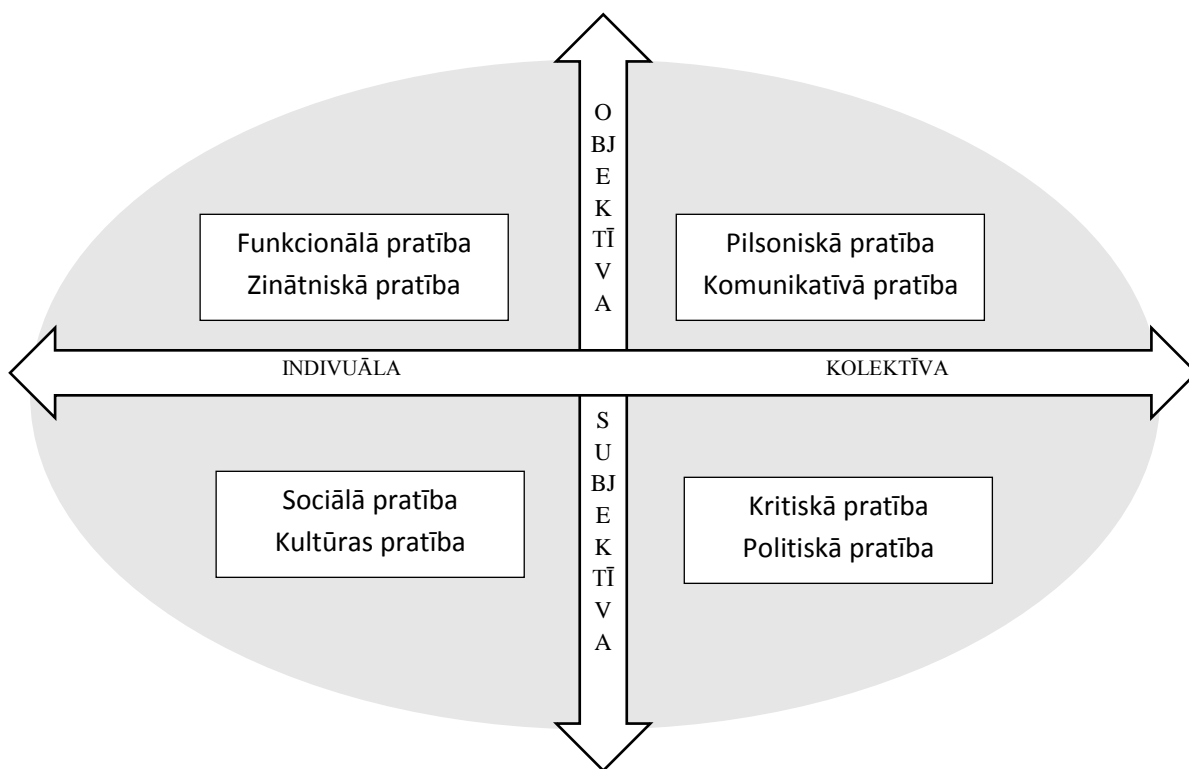
Apvienoto Nāciju Organizācijas 2009. gada deklarācijā uzsvērts, ka veselības pratība ir svarīgs faktors, lai nodrošinātu nozīmīgus rezultātus veselības jomā, un aicināts izstrādāt atbilstošus rīcības plānus, lai veicinātu veselību, norādot, ka zināšanas un prasmes joprojām ir spēcīgākais instruments veselības veicināšanā [80].

Mūsdienās, apvienojot ārstniecības personu, sabiedrības veselības speciālistu un pedagogu viedokļus, veselības pratības jēdziens iezīmējas kā multidisciplināra kategorija, kas ietver visdažādāko pratības jomu elementus – gan objektīvos, gan subjektīvos (*skat. 1.2. attēlu*). Tā ir personas kompleksa izaugsme un pilnveidošanās – savu zināšanu paplašināšana politiskajā, pilsoniskajā un sociālajā jomā, vienlaikus tā ir prasme un spēja kritiski vērtēt pieejamo informāciju. Veselības pratība ir indivīda izpratne par savas un apkārtējo veselības saglabāšanas un uzlabošanas iespējām.

Izšķir vairākus veselības pratības līmeņus:

- **pamata jeb funkcionālo**, kas ietver zināšanas, kā atrast nepieciešamo informāciju un lietot to savas veselības iespējamo risku novērtēšanā (ieguvums – personu ieinteresētība un iesaistīšanās veselību veicinošajās programmās);
- **komunikatīvo jeb interaktīvo**, kas ietver prasmes motivēti darboties un komunicēt savas veselības uzlabošanā veselību atbalstošā vidē (ieguvums – motivēta rīcības, dažādu sociālo grupu savstarpēja sadarbība, pozitīvs pašvērtējums);
- **kritisko**, kas ietver personīgo un sabiedrības līdzdalību, informētību par sociālo un ekonomisko faktoru ietekmi uz veselību, līdzatbildību un apzinātu iespēju panākt

politiskas un/vai organizatoriskas izmaiņas (ieguvums – individuāla noturība un elastīgums, sastopoties ar sociālām vai ekonomiskām grūtībām).



1.2. attēls. Veselības pratības konceptualizācija

21. gadsimta sākumā pētījumu lokā bija iekļauts šāds koncepts – veselības izglītību iekļaujoša veselības aprūpes organizācija, ar to saprotot veselu pasākumu kopumu veselības pratības veidošanā:

- paredzot mērķtiecīgu veselības pratību veidojošu un attīstošu pasākumu iekļaušanu kopējā veselības izglītības stratēģijā un to regulējošus dokumentus;
- nodrošinot pacientu datu pieejamību, drošību un aizsardzību;
- izstrādājot audiovizuālo un sociālo mediju saturu un izglītojot indivīdus par to lietošanu;
- skaidri definējot, ko sevī ietver pacientu individuālie aprūpes plāni un kas un kā norēķināsies par sniegtajiem pakalpojumiem;
- sagatavojot pacientam saprotamā veidā pieejamu informāciju par medikamentiem un to iedarbību.

Jēdziens “**līdzestība**” ietver rezultatīvu sadarbību ar ārstu, līdzdalību savā ārstēšanā, zināšanas un atbildību par savu veselību. Personas līdzestība vai nelīdzestība veselības aprūpē ir atkarīga no daudziem faktoriem, kas saistīti gan ar personību un uzvedību, gan apkārtējo vidi. Efektīvas veselības aprūpes procesam un labu rezultātu nodrošināšanai ir nepieciešams,

ka persona ir līdzestīga aprūpei un speciālistiem. Vidēji veselības aprūpes ieteikumiem nelīdzestīgi ir 26% pacientu. Savukārt vairāk nekā 80% pacientu, kuri saņem ieteikumus no speciālistiem par uzvedības maiņas nepieciešamību, piemēram, smēķēšanas atmešanu, ēšanas paradumu maiņu, to neievēro. Lai indivīdi nopietni uztvertu savu slimību un rekomendēto terapiju, viņiem kritiski jānovērtē slimības smaguma pakāpe un simptomi. Pacienti ar asimptomātiskām hroniskām saslimšanām reizēm var nejust slimības pazīmes, piemēram, paaugstinātu asinsspiedienu vai glikozes līmeni asinīs. Līdz ar to šādu pacientu līdzestība terapijas procesā ir maza. Ja simptomi ir acīmredzami un nevēlami, pacienta līdzestība pieaug. Līdzestība samazinās arī tad, ja izvēlešānās prognozes nav lielas. [8]

Pacientu līdzestība vai nelīdzestība veselības aprūpē ir atkarīga no vairākiem faktoriem:

- veselības pārliecības (*health beliefs*);
- personības raksturojuma (emocionālajiem un kognitīvajiem faktoriem);
- sociālā raksturojuma (ienākumiem, dzīvesvietas, ģimenes atbalsta);
- psihosociālā raksturojuma (sociālā atbalsta, pašefektivitātes);
- organizatoriskajiem faktoriem;
- vides faktoriem;
- komunikācija u.c.

Pacienta nelīdzestība veselības aprūpes procesam ir tieši saistīta ar organizatoriskajiem un vides faktoriem. Lai saņemtu izvēlēto pakalpojumu, bieži vien ir ilgi jāgaida vai tiek piedāvāts pacientam neērts pakalpojuma saņemšanas laiks. Reizēm tiek piedāvāta pārāk sarežģīta ārstēšanas shēma, līdz ar to pacienta iesaiste terapijas procesā samazinās. Būtiski pacienta līdzestību samazina ilgtermiņa terapija. Galvenokārt pacienta līdzestību terapijas procesā ietekmē komunikācija ar ārstu vai speciālistu. Būtiskas ir šīs savstarpējās attiecības un komunikācija, kā arī pacientu izglītošana. Pacienti, kuriem ir labas attiecības ar ārstu vai speciālistu, labāk ievēro nozīmēto terapiju un rekomendācijas.

1.3. Pacienta izglītošana par veselības stāvokļa pašpārvaldes metodēm

Pacienta izglītošanās jāuzlūko kā process, kura laikā notiek viņa attīstība. Ir jārespektē pacienta sociālpsiholoģiskās īpatnības, kas ir atkarīgas gan no viņa personības iezīmēm, vecuma un iegūtās izglītības, gan no sociālās vides apstākļiem (*skat. 1.1. tabulu*).

Pacienta izglītošanos veicinošie un kavējošie faktori

Izglītošanos veicinošie faktori	Izglītošanos kavējošie faktori
<ul style="list-style-type: none"> • Stabils emocionālais un fiziskais stāvoklis. • Pozitīva iepriekšējās veselības aprūpes pieredze. • Savas lomas pieņemšana un gatavība izglītoties. • Sasniedzamu, reālu mērķu izvirzīšana. • Laba fiziskā pašsajūta. • Ģimenes atbalsts. • Pozitīva saskarsme ar aprūpes darbinieku. • Izglītošanās procesa individualizācija (atbilstīgi pacienta spējām un vajadzībām). • Piemērota mācību vide. • Saņemtās informācijas nozīmīgums attiecībā uz piedzīvoto dzīves situāciju. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nespēja pieņemt pacienta lomu vai pacienta lomas pārspīlēšana. • Negatīva iepriekšējās veselības aprūpes pieredze. • Slikta fiziskā pašsajūta. • Emocionāla nenoturība, bažas un raizes. • Bezcerība, nespēja mobilizēties, lai izglītos. • Neierasta, šķietami nelabvēlīga vide. • Motivācijas trūkums. • Adaptācijas laiks ārstniecības iestādē. • Informācijas trūkums.

Viens no galvenajiem pacienta uzdevumiem ir pārvarēt izglītošanos kavējošus faktoros. Praksē pacietu izglītošanai tiek izmantoti atsevišķi sadarbības elementi no viena vai vairākiem pedagoģiskās darbības modeļiem. Bieži vien, sadarbību uzsākot, ir dominējis sadarbības veids, kur izglītotājs ir devēja lomā, bet vēlāk, pacientam kļūstot zinošākam, motivētākam, viņš aizvien mērķtiecīgāk iesaistās izglītošanās procesā. Kopējā sadarbība pāraug dialogā, un problēmas tiek risinātas un rezultāts sasniegts kopīgi. [8]

Lai darbotos dažādos veselības aprūpes kontekstos, ir nepieciešamas sarežģītas veselības pratības prasmes. Šīs prasmes ietver lasīšanu, rakstīšanu, rēķināšanu, runāšanu, klausīšanos, tehnoloģiju izmantošanu, *tīklošanu* u. c. (skat. 1.2. tabulu). Ir jāuzsver veselības aprūpes sniedzēja spēja izmantot vienkāršu, pacientam saprotamu terminoloģiju un pārliecināties, vai pacients saprot diskusiju. [31]

Veselības aprūpei vajadzīgās prasmes (piemēri)

Ar veselību saistītais mērķis	Nepieciešamie uzdevumi un prasmju paraugi
1.	2.
Veicināt un aizsargāt veselību un novērst slimības	<ul style="list-style-type: none"> • Veikt fiziskās aktivitātes. • Lasīt, saprast un pieņemt lēmumus, pamatojoties uz pārtikas un produktu etiķetēm. • Atrast informāciju par veselību internetā vai periodiskajos izdevumos un grāmatās.

1.	2.
Saprast, interpretēt un analizēt ar veselību saistīto informāciju	<ul style="list-style-type: none"> • Analizēt recepšu zāļu riska faktorus. • Noteikt, kuras veselības tīmekļa vietnes satur ticamu informāciju.
Piemērot dzīves situācijai atbilstošu veselības aprūpi	<ul style="list-style-type: none"> • Izstrādāt vadlīnijas, lai paaugstinātu fizisko aktivitāti vecāka gadagājuma cilvēkiem. • Informatīvu materiālu sagatavošana par bērnu un vecāku cilvēku aprūpi.
Organizēt veselības aprūpes sistēmu	<ul style="list-style-type: none"> • Izprast pacienta tiesības un pienākumus. • Pareizi aizpildīt nepieciešamo medicīnisko dokumentāciju.
Aktīvi sadarboties ar veselības aprūpes speciālistiem	<ul style="list-style-type: none"> • Pieņemt atbilstošus lēmumus, pamatojoties uz saņemto informāciju. • Sadarboties ar speciālistiem, lai izstrādātu piemērotu plānu hroniskas slimības ārstēšanā.
Saprast un dot piekrišanu	<ul style="list-style-type: none"> • Nepieciešams izprast ar veselības aprūpi saistītos dokumentus pirms procedūru veikšanas vai iesaistīšanās pētījumā.
Saprast un aizstāvēt savas tiesības	<ul style="list-style-type: none"> • Pieprasīt piekļuvi informācijai, pamatojoties uz pacientu tiesībām.

Hronisku pacientu vadībā visai primārās veselības aprūpes komandai (ģimenes ārsts, ārsta palīgs, māsa, fizioterapeits, ergoterapeits) ir jābūt iesaistītai pacientu izglītošanā un veselības aprūpes prasības uzlabošanā, izmantojot katras ārstniecības personas zināšanas un kompetences. **Māsas** veido vienu no vislielākajām veselības aprūpes darbinieku grupām, tāpēc viņām ir lielas iespējas ietekmēt sabiedrības veselības izglītības procesu un veselības veicināšanu kopumā. Māsu izglītības paradigma akcentē tieši māsas lomu indivīdu izglītošanā. Kļūšana par *māsu izglītotāju* nav tikai zināšanu papildināšana veselības izglītībā papildus klīniskajām zināšanām. Tas ir process, kas prasa pārmaiņas gan zināšanās, prasmēs un uzvedībā, gan vērtībās, lai sagatavotos jaunās lomas asimilācijai, mērķu un uzdevumu maiņai. Māsas loma hronisku pacientu izglītošanā neparedz aizstāt ārstu informācijas sniegšanā pacientam, bet gan paplašināt savu līdzdalību pacientu izglītošanā par veselības veicināšanas jautājumiem. [27]

Piemēram, **fizioterapeiti** kā fizisko aktivitāšu eksperti nodrošina dažādus veselības veicināšanas pasākumus pacientu dzīvesvietās. [73] Pētījumos ir pierādīta fizioterapijas un fizisko aktivitāšu efektivitāte pacientiem ar hroniskām neinfekcijas saslimšanām (2. tipa cukura diabētu, kardiovaskulārajām slimībām, aptaukošanos). Ir pierādīts arī, ka,

nodarbojoties ar regulārām fiziskajām aktivitātēm, var samazināt minēto slimību saslimstības riskus. [61]

Ergoterapeiti primārajā veselības aprūpē sadarbojas ar citiem speciālistiem un var atslogot ģimenes ārstu prakses, sniedzot veselības veicināšanas un profilakses pakalpojumus personām ar hroniskām veselības problēmām, agrīni iesaistoties veselības profilaksē, lai novērstu slimības sākšanos vai invaliditāti, samazinātu slimības ietekmi un palīdzētu atbalstīt personas, saglabājot veselīgu viņu dzīvesveidu. Agrīna ergoterapeita iesaistīšanās var palīdzēt samazināt hospitalizēšanas un atkārtotas hospitalizēšanas risku dažādu incidentu, piemēram, kritienu dēļ. [32; 37] Ergoterapeiti primārajā veselības aprūpes līmenī praktizē pacientu / klientu vidē (mājās, skolā, darba vidē), kur tiek realizētas aktivitātes. Ergoterapeits veselības un sociālās aprūpes jomās var praktizēt ne tikai individuālā, bet arī grupu un kopienas līmenī. Ergoterapeiti izprot un pielieto jēgpilnas un nozīmīgas nodarbes garīgās, fiziskās un sociālās labklājības veicināšanā. Viena no ergoterapeitu kompetencēm ir saistīta ar novērtēšanu, piem., novērtējot veselības stāvokļa ietekmi uz piedalīšanos ikdienas aktivitātēs, cita – ar ieviešanu metožu pielietošanu jeb terapiju, kas veicina nodarbes veikšanu. [35]

Ergoterapeitam ir plašs zināšanu un kompetenču klāsts, kuras var tikt izmantotas primārās veselības aprūpē hronisku pacientu vadībā, piemēram:

- novērtēšana un ikdienas aktivitāšu trenēšana;
- nodarbes un tehnisko palīgīdzekļu pielāgošana;
- vides novērtēšana un pielāgošana;
- atbalsta sniegšana hroniska pacienta ģimenei un aprūpētājiem;
- izglītošana par simptomu pārvaldīšanu un veselības veicināšana. [32]

Ņemot vērā pacientu funkcionēšanas traucējumu veidu un kompleksumu, nepieciešama viena vai vairāku funkcionālo speciālistu iesaiste. Primārajā veselības aprūpē ergoterapeits un fizioterapeits var nodrošināt hroniskiem pacientiem nepieciešamos ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumus pacienta dzīvesvietā, kas ietver pašpārvaldi, sekundāro profilaksi, dzīvesveida korekcijas, autonomijas atgūšanu vai uzturēšanu un dalības veicināšanu [64].

Centrālais dzīvesvietā īstenotā ilgtermiņa rehabilitācijas pasākuma uzdevums ir autonomijas un dalības atgūšana, veicinot pacienta piedalīšanos sev svarīgās un jēgpilnās aktivitātēs, kas realizējams pacienta dzīvesvietā, cieši sadarbojoties visiem speciālistiem, ģimenes locekļiem un nepieciešamības gadījumā iesaistot pašvaldības sociālā dienesta atbalstu. Rehabilitācijas mērķiem jābūt izvirzītiem atbilstoši pacienta vajadzībām ikdienas dzīvē un vēršoties uz dalības atjaunošanu. [37; 41]

2. KRITIENI UN TO PROFILAKSE

2.1. Kritienu riska faktori un profilakse pacientiem ar hroniskām slimībām primārajā veselības aprūpē

Geriatriskajā populācijā kritieni un bailes no kritieniem ir ievērojams faktors, kas ietekmē pacienta dzīves kvalitāti un neatkarību no aprūpētāja, turklāt kritienu radītās komplikācijas palielina saslimstības un mirstības rādītājus. PVO 2017. gada ziņojumā [23] par kritienu prevenciju vecāku cilvēku populācijā kritiens tiek definēts kā notikums, pēc kura persona negaidīti atrodas uz zemes, grīdas vai citā zemākā līmenī nekā pirms tam (izslēdzot apzinātas izmaiņas ķermeņa stāvoklī, balstoties pret mēbelēm, sienām, citiem priekšmetiem).

Kritieni tiek uzskatīti par globālu veselības problēmu ar fatālu, nefatālu, ķermeņa funkciju un ikdienas aktivitāšu ierobežojošu iznākumu. Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakcijā (turpmāk tekstā SSK-10) ar kritieniem saistās diagnožu kodi W00-W19 (V01...Y98 Ārēju slimību un nāves cēloņi). [25]

Saskaņā ar PVO datiem, ik gadu tiek reģistrēti 37,3 miljoni kritienu, kas ir pietiekami smagi, lai persona vērštos pēc medicīniskās palīdzības. Īpaši tiek uzsvērts kritienu risks vecākiem (virs 65 gadiem) cilvēkiem, jo ar vecumu cilvēka sensorās, līdzsvara, koordinācijas un kognitīvās funkcijas sāk mainīties, ir blakusslimības, kas var ietekmēt kopējo funkcionālo stāvokli. [40]

Par kritiena riska faktoriem vecākiem cilvēkiem tiek uzskatīti gaitas un līdzsvara traucējumi, atkārtoti kritieni, muskuļu vājums, redzes traucējumi, psihotropo medikamentu lietošana [26]. Būtiska kritiena riska izvērtēšanā ir ne tikai iekšējo faktoru, bet arī ārējo riska faktoru, kuri ietver sevī mājokļa un vides drošību, noteikšana. [42]

Gan Latvijā, gan pasaulē no ārējiem nāves cēloņiem kritieni ir otrs biežākais nāves cēlonis. Tie veido 13% no visiem ārējiem nāves cēloņiem iedzīvotājiem virs 65 gadu vecuma, un šis rādītājs ir trīs reizes augstāks nekā iedzīvotājiem vecumā līdz 65 gadiem. Līdz ar vecuma palielināšanos kritienu risks pieaug. [28] Vairums kritienu notiek, mijiedarbojoties dažādiem riska faktoriem (multifaktoriāla etioloģija), – jo vairāk faktoru iedarbojas uz personu, jo lielāks ir kritienu risks. Visbiežāk kritieni notiek iekštelpās, tajā skaitā arī ārstniecības iestādēs. [30]

Kritienu riska novērtēšana ļauj plānot atbilstošas risku mazinošas ieviešanas stratēģijas, lai novērstu vai mazinātu kritienu skaitu un līdz minimumam samazinātu ar kritieniem saistītos ievainojumus (*skat. 2.1. tabulu*).

Kritiena riska faktori: iekšējie, ārējie un uzvedības [30]

Iekšējie kritiena riska faktori	Ārējie kritiena riska faktori	Uzvedības riska faktori
Ķermeņa funkciju un struktūru novērtējums	Vides un vides elementu novērtējums	Personālo faktoru novērtējums
Fiziskās spējas (spēks, izturība, gaita u.c.)	Grīdas virsma un faktūra, paklāji	Nepietiekama fiziskā aktivitāte
Sensorās spējas (redze, dzirde, tauste u.c.)	Kāpnes un pakāpieni	Kaitīgie ieradumi (smēķēšana, alkohola lietošana)
Kognitīvās spējas (uzmanība, atmiņa)	Apgaismojums, grūti aizsniedzami gaismas slēdži	Riskanta uzvedība (sniegšanās pēc augstu novietotiem priekšmetiem)
Vispārīgais psiholoģiskais stāvoklis	Mēbeļu izkārtojums mājas vidē, mēbeļu dizains	Nepietiekams uzturs
Urinācijas, defekācijas funkcijas	Nepietiekama vides adaptācija (roku balstu, margu u.c. trūkums)	Neatbilstošu apavu izvēle
Medikamentu lietošana	Telefona vai trauksmes pogas neesamība	Neatbilstoša apģērba izvēle
Slimību esamība (piemēram, osteoartrīts, Parkinsona slimība u.c.)	Mājdzīvnieki	Nekorekti lietoti tehniskie palīglīdzekļi
Bailes no kritiena	Nepiemērotas mobilitātes palīgierīces	Netiek lietoti tehniskie palīglīdzekļi
Kritienu vēsture (traumas)	Neērta piekļuve mājoklim, atkritumu tvertnei, netīras, nekoptas ielas un ietves, ledus u.c.	

2.2. Kritienu riska izvērtēšana

Kritienu risku novērtē pēc kategorijām: iekšējie faktori, uzvedības faktori un ārējie faktori. Tiek izmantotas dažādas informācijas iegūšanas metodes par pacientu:

- intervijas – strukturētas vai daļēji strukturētas intervijas;
- novērošana – jāfiksē arī neverbālās atbildes: reakcija, poza, balss, žesti;
- novērtēšana – izmantojot skrīninga instrumentus, testus, standartizētus mērījumus;
- personas pašvērtējums.

Kritienu riska novērtēšanā nepieciešams veikt personas funkcionēšanas novērtēšanu, kas ir jābalsta uz objektīviem novērtēšanas kritērijiem atbilstoši Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas nosauktajiem funkcionēšanas līmeņiem: ķermenis,

indivīds, sabiedrības līmenis un konteksti (ķermeņa funkcijas un struktūras, aktivitātes, dalība, kontekstuālie faktori: vide un personālie faktori).

Novērtēšanā var izmantot arī skrīninga novērtējumus, tādus kā:

- **stāvēšanas tests** jeb **Romberga prove** (*Romberg test*): 1. pozīcija – persona stāv pamatstājā, rokas izstieptas priekšā, pēdas kopā. Saglabā pozu 10 sekundes. 2. pozīcija – persona stāv pamatstājā, rokas izstieptas priekšā, pēdas kopā, acis aizvērtas. Saglabā pozu 10 sekundes. 3. pozīcija – persona stāv pamatstājā, rokas izstieptas priekšā, pēdas pamīšus (viena otrai priekšā). Saglabā pozu 10 sekundes. Nespēja veikt kādu no iepriekš minētajām pozīcijām liecina par līdzsvara traucējumiem, kas rada kritienu risku; [62]
- **piecelšanās un iešanas tests** (*The Timed “Up and Go” Test (TUG)*) (Podsiadlo & Richardson, 1991). Persona veic piecelšanos no krēsla, neturoties pie roku balstiem, noiet trīs metrus (apmēram 10 soļus), apgriežas, nāk atpakaļ un apsēžas uz krēsla. Testa laikā persona var izmantot jebkuru mobilitātes palīgīdzekli, kuru izmanto ikdienā. Tiek uzņemts laiks, kurā persona veic šo testu. Novērtēt personas mobilitāti – spēju piecelties un iet (statiskais un dinamiskais līdzsvars), nosakot kritienu risku. Nepieciešamais aprīkojums: krēsls ar roku balstiem (sēdvirsmas augstums 46 cm, roku balstu augstums 65 cm), mērlente, hronometrs. Ja persona šo distanci veic ilgāk kā 12 sekundēs, tad pastāv kritiena risks. [69]

Ārstniecības un aprūpes iestādēs kritienu riska noteikšanai var izmantot arī “*Morse kritienu riska novērtēšana skalu*” (Morse J. M., Morse R. M., & Tylko, S. J. *Morse Fall Scale*, 1989) (*skat. 1. pielikumu*).

Novērtējot personas mājas vidi, var izmantot “*Kritienu un negadījumu mājas vidē novērtēšanas instrumentu*” (*The Home Falls and Accidents Screening Tool – Home FAST*, 1997) (*skat. 2. pielikumu*).

2.3. Kritienu riska profilakses pamatprincips – fiziskās aktivitātes

Pēc PVO definīcijas fiziskā aktivitāte tiek definēta kā jebkura cilvēka organisma kustība, kas tiek veikta ar skeleta muskuļu palīdzību un kuras laikā tiek patērēta enerģija. Ja fiziskās aktivitātes nav, tas negatīvi ietekmē kardiovaskulāro, muskuloskeletālo, elpošanas orgānu sistēmu, imūnsistēmu, kā arī kognitīvās un metabolās funkcijas. [57]

Pētījumi rāda, ka gados vecākiem cilvēkiem, kas ir fiziski aktīvāki, ir zemāks koronāro sirds slimību, hipertensijas, insulta, diabēta, zarnu un krūts vēža risks, augstāka fiziskā

izturība, veselīgāks ķermeņa masas indekss, ķermeņa kompozīcija, labāka kaulu veselība, zemāks kritienu risks, labākas kognitīvās funkcijas. [70]

PVO ir izstrādājusi fizisko aktivitāšu piramīdu (*skat. 2.1. attēlu*). Tajā attēlota optimālā aktivitāšu norma, kas ļauj cilvēkam būt veselīgam un uzturēt labu fizisko formu. Ikdienas fizisko aktivitāšu pamatu veido pastaigas, kāpšana pa kāpnēm un mājas uzkopšanas darbi. Vismaz 150 minūtes nedēļā jāatvēl paaugstinātas slodzes sporta vai izklaides aktivitātēm un divas reizes nedēļā vēlams veikt spēka un lokanības vingrojumus. Pasīvas aktivitātes, piemēram, TV skatīšanos, vajadzētu ierobežot. [23; 76]



2.1. attēls. Fizisko aktivitāšu piramīda [76]

Rekomendētie fizisko aktivitāšu līmeņi personām, kas vecākas par 65 gadiem

PVO ir izstrādājusi vadlīnijas ar fizisko aktivitāšu ieteikumiem personām, kas vecākas par 65 gadiem. Personām, kurām ir blakusslimības, piemēram, kardiovaskulārās slimības, diabēts, pirms fizisko aktivitāšu uzsākšanas ir ieteikta ārsta konsultācija. Cilvēkiem, kas ilgstoši nav nodarbojušies ar fiziskām aktivitātēm, rekomendē tās sākt pakāpeniski, palielinot aktivitāšu ilgumu, atkārtojumu skaitu un intensitāti.

Ieteicamās fiziskās aktivitātes personām, kas vecākas par 65 gadiem:

- brīvā laika fiziskās aktivitātes (staigāšana, dejošana, dārza darbi, pārgājieni, peldēšana);
- pārvietošanās (staigāšana, braukšana ar velosipēdu);
- algota darba veikšana, ja persona ir nodarbināta (tas palīdz dažādot ikdienā veicamo aktivitāšu klāstu, palīdz saglabāt pārvietošanās spējas, lai nokļūtu uz un no darba);
- mājsaimniecības darbu veikšana;
- spēļu spēlēšana, regulāras fiziskās aktivitātes ar ģimenes locekļiem vai kopienā.

Lai personām, kas vecākas par 65 gadiem, uzlabotu kardiorespiratorās funkcijas un muskuļu sagatavotību, kaulu un funkcionālo veselību, mazinātu neinfekcijas slimību, depresijas un kognitīvo funkciju pasliktināšanās risku, tiek rekomendēts:

- veikt vismaz 150 minūtes vidējas intensitātes fiziskās aktivitātes vai vismaz 75 minūtes augstas intensitātes aerobas fiziskās aktivitātes nedēļas laikā, vai līdzvērtīgas vidējas un augstas intensitātes fiziskās aktivitātes kombināciju;
- aerobo aktivitāti veikt vairākos etapos, no kuriem viens etaps ir vismaz 10 minūtes ilgs;
- palielināt mērenas intensitātes aerobās fiziskās aktivitātes līdz 300 minūtēm nedēļas laikā vai veikt vismaz 150 minūšu augstas intensitātes fiziskās aktivitātes nedēļas laikā, vai līdzvērtīgās vidējas un augstas intensitātes fizisko aktivitāšu kombinācijā;
- cilvēkiem ar samazinātu mobilitāti veikt fiziskas aktivitātes 3 vai vairāk reizes nedēļā, lai uzlabotu līdzsvaru un novērstu kritienus;
- veikt muskuļu spēka vingrojumus, kas iekļauj galvenās muskuļu grupas, vismaz 2 reizes nedēļā;
- cilvēkiem, kuri nespēj veikt rekomendēto fizisko aktivitāšu daudzumu veselības stāvokļa dēļ, ieteicams saglabāt jebkādas ikdienas aktivitātes veikšanu atbilstoši funkcionēšanai. [76]

2.4. Kritienu riska mazināšanas un pašpārvaldes stratēģijas

Ārstniecības personām jāizvērtē ar uzvedību saistītie riska faktori, kas ietekmē kritienu risku, un jāpalīdz veikt uzvedības izmaiņas, lai novērstu vai samazinātu kritienu risku iespējamību. Nepieciešams izpētīt neparedzētu situāciju iespējamību un plānot nākotnes kritienu pārvaldību. Tas var iekļaut padomu došanu un praktiskus uzdevumus, ja nepieciešams, pat to, kā izsaukt palīdzību un izvairīties no sekām, kuras var rasties, ilgstoši guļot. Speciālistam ir jāpalīdz pakalpojuma saņēmējam (pacientam / klientam) identificēt uzvedību, kas var palielināt kritienu risku, un palīdzēt mainīt uzvedību, lai samazinātu šos riskus.

Drošības poga

Drošības poga tiek apskatīta kā viena no pašpārvaldības stratēģijām gados veciem cilvēkiem ar augstu kritiena risku. Pierādījumi par šīs metodes rezultātiem un izmaksām ir dažādi. Pētījumi ir atklājuši, ka, pielāgojot drošības pogu indivīda vajadzībām, tā palielina drošības sajūtu, atrodoties vienatnē mājās, samazina bailes no kritiena, uzlabo kontroli pār situāciju. [67] “Drošības poga” realizē personas diennakts uzraudzību, neatliekamo palīdzību un psiholoģisko atbalstu, izmantojot īpašu saziņas sistēmu – saziņas iekārtu un signālpogu, kas atrodas aprocē vai kulonā. Tā paredzēta cilvēkiem, kuri nespēj par sevi parūpēties. 24 stundu saikne ar zvanu centru 24 stundas diennaktī garantē drošības sajūtu gan cilvēkam, kurš saņem “Drošības pogas” pakalpojumu, gan viņa tuviniekiem. [6] Pakalpojums ir pieejams atsevišķās pašvaldībās par valsts budžeta līdzekļiem, kā arī par saviem finanšu līdzekļiem.

Fiziskās vides pielāgošana

Literatūrā ir aprakstīti ieteikumi kritiena riska faktoru samazināšanai, kas attiecināmi uz fiziskās vides pielāgošanu mājās.

Ieteikumi videi guļamistabā:

- nodrošināt pietiekamu apgaismojumu (arī naktslampiņu ar pietiekamu apgaismojumu, ja personai naktī jādodas uz tualeti);
- nodrošināt tādu gultas augstumu, lai no sēdus stāvokļa nav grūtību piecelties stāvus.

Ieteikumi videi viesistabā:

- nomainīt bojātus paklājus, nostiprināt grīdas segas;
- sakārtot mēbeles tā, lai neaizšķērso ceļu;
- izvairīties no nestabilām mēbelēm;
- izvairīties no zemām sēdvirsmām, no kurām grūti piecelties.

Ieteikumi videi higiēnas telpās:

- novietot gumijas paklājiņus pie dušas / vannas un dušā / vannā, pie izlietnēm un izvairīties no slidenām grīdas virsmām;
- lai iekāptu un izkāptu no dušas / vannas, lietot atbalsta rokturus, nepieturēties pie izlietnes vai citiem priekšmetiem.

Vispārēji ieteikumi vides pielāgošanai:

- mājokļa iekārtojumā lietot kontrastējošas krāsas;
- izmantot dažādas krāsas, lai apzīmētu dažāda līmeņa grīdas virsmas, vai nodrošināt vidi bez sliekšņiem un pakāpieniem;
- regulāri uzturēt mājas vidi kārtībā. [63]

Paradumu maiņa

Kritienu riska profilaksē liela ir nozīme paradumu maiņai, lai samazinātu ar uzvedību saistītos kritiena riska faktoros. Lai arī iepriekš minēts, ka kritienu rada faktori ar multifaktoriālu iedarbību, viens no mērķiem kritienu riska prevencijā ir izglītēt un iesaistīt gados vecus cilvēkus noteiktos uzvedības modeļos, kā arī izvēlēties dzīvesveidu, kas mazina kritienu risku, t. i., izvairīties no kaitīgiem ieradumiem, palikt fiziski un būt sociāli aktīviem u. c. [34]

3. MULTIDISCIPLINĀRA PIEEJA REIMATOLOĢISKU PACIENTU VADĪŠANĀ PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ

Muskuļu un skeleta sistēmas slimības ir biežākais invaliditātes cēlonis darbspējīgo iedzīvotāju grupā Eiropas valstīs, tostarp arī Latvijā, kur to izmaksas pārsniedz 140 miljonus eiro gadā [1].

Latvijā 2013. gadā muskuļu un skeleta sistēmas slimību grupā invaliditāte piešķirta 79% no kopējā gadījumu skaita (salīdzinājumam – kardiovaskulāro slimību grupā 34%, bet onkoloģisko slimību grupā 44%). Savlaicīga šo slimību diagnostika un ārstēšanas uzsākšana ļautu mazināt slimību radīto slogu gan iedzīvotājiem, gan valsts ekonomikai un sabiedrībai kopumā. [23]

Muskuļu un skeleta sistēmas slimības sevī ietver vairāk nekā 200 sāpes izraisošās slimības, tajā skaitā autoimūnos artrītus – reimatoīdo artrītu, psoriātisko artrītu, ankilozējošo spondilītu un juvenilo artrītu (*skat. 3. pielikumu*), kuru ārstēšana valstij rada vislielāko ekonomisko slogu un pacientiem ilgtermiņā izraisa ne vien sāpes, bet arī pasliktina dzīves kvalitāti. Latvijā gadu no gada pacientiem ar muskuļu un skeleta sistēmas saslimšanām rodas šo slimību izraisīta īslaicīga vai ilgstoša darba nespēja un pieaug invaliditāte. Saskaņā ar 2014. gada ģimenes ārstu sniegtajiem datiem Latvijā reģistrēti 8397 reimatoīdā artrīta pacienti, 2410 ankilozējošā spondilīta un 1902 psoriātiskā artrīta pacienti, bet 11 800 pacientiem reģistrētas muguras sāpes, kas var liecināt par kādu no reimatoloģiskajām saslimšanām. [1]

Reimatoloģisko pacientu vadībā jābūt iesaistītai paplašinātai primārās veselības aprūpes komandai, kas ietver fizioterapeitu un ergoterapeitu, reimatologu, tehnisko ortopēdu un citas ārstniecības personas atbilstoši pacienta funkcionēšanas traucējumiem.

3.1. Funkcionālie ierobežojumi un to novērtēšana pacientiem ar reimatoloģiskām saslimšanām

Reimatoloģisko slimību izraisītie funkcionālie traucējumi būtiski ietekmē personas ikdienas dzīvi, radot ierobežojumus aktivitāšu veikšanā un dalībā. Reimatoloģisko slimību izraisītās locītavu deformācijas un funkciju traucējumi būtiski ietekmē ikdienas aktivitāšu veikšanu, piemēram, plaukstas deformācijas var ietekmēt jebkuras ikdienas aktivitātes veikšanu. Svarīgi ir laikus noteikt diagnozi un uzsākt ārstēšanu, jo ikdienas aktivitāšu

veikšanas grūtības 8–15% gadījumu sākas akūti, dažu dienu laikā. [9]

Visbiežāk sastopamās ikdienas aktivitāšu veikšanas grūtības personām ar reimatoloģiskām saslimšanām ir objektu satveršana, durvju roktura izmantošana, piecelšanās no krēsla, higiēnas un ģērbšanās aktivitāšu veikšana, it īpaši no rītiem [71]. Pilnvērtīgam personas veselības stāvokļa aprakstam nepieciešams izvērtēt funkcionēšanu, klasificēt personas pieredzi ķermeņa, indivīda un sabiedrības perspektīvā. Cilvēka funkcionēšanu nodrošina dinamiska mijiedarbība starp veselības stāvokli un kontekstuāliem faktoriem (skat. 3.1. tabulu).

3.1. tabula

**Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības
klasifikācijas (SFK) struktūra**

Struktūras elementi	1. daļa: Funkcionēšana un nespēja		2. daļa: Kontekstuālie faktori	
Komponenti	Ķermeņa funkcijas un struktūras	Aktivitātes un dalība	Vides faktori	Personālie faktori
Domēni	Ķermeņa funkcijas. Ķermeņa struktūras	Dzīves jomas (uzdevumi, darbības)	Ārējā ietekme uz funkcionēšanu un nespēju	Iekšējā ietekme uz funkcionēšanu un nespēju
Sastāvdaļas	Ķermeņa funkcijas pārmaiņas (fizioloģiskas). Ķermeņa struktūras pārmaiņas (anatomiskas)	Dotumi. Uzdevuma izpilde standartvidē. Veiktspēja. Uzdevuma izpilde esošā vidē	Fiziskās, sociālās un attieksmju sistēmas veicinošā vai traucējošā ietekme	Personas īpašību ietekme
Pozitīvais aspekts	Funkcionālā un strukturālā integritāte	Aktivitātes. Dalība	Veicinātāji	Nav piemērojams
	Funkcionēšana			
Negatīvais aspekts	Neveselība	Aktivitātes ierobežojums. Dalības ierobežojums	Šķēršļi / traucēkļi	Nav piemērojams
	Nespēja			

Biopsihosociālās mērīšanas stratēģijas (saistībā ar SFK) lietošana multiprofesionālas rehabilitācijas komandas ikdienas darbā nozīmē SFK kategoriju sadalījumu gan pēc klasifikācijas komponentiem (ķermeņa struktūras un funkcijas, aktivitātes un dalības, vides un personālie faktori), gan pēc profesionāļu skatījuma uz kategoriju grupām (piemēram, garīgās funkcijas un garīgās aktivitātes). Šāda pieeja nodrošina efektīvāku komandas darbu

un mazina darbības pārklāšanos, novērtējot personas funkcionēšanu.

SFK pētnieku grupa (*ICF Research Branch*) 2011. gadā izveidoja SFK kategoriju pamatkopas reimatoloģiskiem pacientiem, lai raksturotu reimatoloģisko slimību ietekmi uz personu un viņu funkcionēšanu. [48; 49] SFK kategoriju pamatkopas izveidotas osteoartrītam un reimatoīdajam artrītam (*skat. 4. pielikumu*).

Informāciju par personas funkcionēšanu var iegūt dažādos veidos, izmantojot:

- personas pašvērtējumu;
- citu personu veiktos mērījumus / novērtējumu.

Piemēram, Latvijā pieejamie un lietotie mērījumu piemēri reimatoloģisku pacientu novērtēšanā un to sadalījums atbilstoši SFK struktūrai apkopoti 3.2. tabulā. Instrumentus personas funkcionēšanas novērtēšanā iesaistītā ārstniecības persona izvēlas, ņemot vērā personas funkcionēšanu un atbilstoši savai profesionālajai kompetencei un prakses kontekstam.

3.2. tabula

Latvijā pieejamie un lietotie mērījumi un to sadalījums atbilstoši SFK struktūrai reimatoloģisku pacientu funkcionēšanas novērtēšanā

Mērījumi	Ķermeņa funkcijas un struktūra	Aktivitāte	Dalība	Vide
Goniometrija	+	–	–	–
Dinamometrija	+	–	–	–
Muskuļu testēšana	+	–	–	–
Antropometriskie rādītāji	+	–	–	–
Vizuālā analogā skala (VAS)	+	+	+	+
Mērķu sasniegumu skala	+	+	+	+
<i>WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)</i> [47]	+	+	+	–
Plaukstas karte (<i>MAP Hand</i>)	+	+	+	-
Modificētā Stanfordas veselības aptauja reimatoloģiskiem pacientiem	+	+	+	+
Locītavu aizsardzības pielietojuma novērtējums	–	+	+	+
FIM/FNM (funkcionālās neatkarības mērījums)	+	+	+	–
Bartela indekss	+	+		
Aptauja par ortopēdisko apavu lietojamību	+	+	+	–
Kritienu un negadījumu mājās skrīninga rīks	–	+	+	+
<i>The Housing Enabler (HE)</i>	+	+	+	+
Kvebekas tehniskā palīgīdzekļa lietotāja apmierinātības novērtējums (<i>QUEST</i>)	–	–	–	+

3.2. Locītavu aizsardzības pamatprincipi un neatkarības līmeņa saglabāšana

Locītavu aizsardzība ir metode, kuras mērķis ir saglabāt funkcionālās spējas, mainot darbības metodes un kustību modeļus skartajās locītavās, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus. Locītavu aizsardzības mērķis ir samazināt sāpes, iekaisumu, ārējo un iekšējo locītavu bojājumu un palīdzēt saglabāt locītavu struktūras. [45; 47]

Locītavu aizsardzības principi ietver personas darbības izvērtējumu, lai noskaidrotu, vai tiek izmantotas skartās locītavas, kas veicina sāpes un deformācijas, un pēc tam mainītas darba metodes, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus un atvieglojot uzdevumus, samazinot slodzi un piepūli uz locītavām. Mērķis ir uzlabot pacientu dzīves kvalitāti atbilstoši pacienta prioritātēm.

Locītavu aizsardzības principu mērķi:

- pārvaldīt un/vai samazināt sāpes aktivitāšu laikā;
- samazināt iekaisumu locītavās, kas izraisa mehānisko spiedienu uz locītavām;
- uzlabot vai saglabāt funkcionēšanas spējas;
- samazināt deformāciju progresēšanu / tālāku attīstību. [58]

Desmit locītavu aizsardzības principi:

- 1) **respektēt sāpes** – ja veiktā aktivitāte rada sāpes locītavās, tad nepieciešams mainīt darbības veidu. Turpinot aktivitāti par spīti sāpēm, var tikt bojātas locītavas. Ja sāpes nepāriet stundas laikā, ir jāatpūšas un turpmāk jāizmanto tehniskie palīg līdzekļi;
- 2) **izvairīties no locītavu deformāciju pastipriņošiem stāvokļiem** – veicot aktivitāti, pastiprināts spiediens uz locītavām var veicināt deformāciju veidošanos, tāpēc jāizmanto tehniskie palīg līdzekļi un ortozes, lai aizkavētu deformāciju veidošanos;
- 3) **katru locītavu lietot vislabākajā anatomiskajā pozīcijā un funkcionālajā stāvoklī** – aktivitātes laikā nepieciešams izmantot ortozes, kas stabilizē plaukstas locītavu un/vai pirkstus, lai saglabātu locītavas vislabākajā anatomiskajā pozīcijā;
- 4) **lietot lielākas un spēcīgākas locītavas aktivitāšu veikšanas laikā** – lielākas locītavas ir spēcīgākas par mazajām. Piemēram, pārvietot objektus, atbalstot tos ar apakšdelmu. Nest somu uz pleca, nevis izmantojot elkoņa locītavu. Slidināt objektus pa darba virsmu, samazinot spēku to celšanas brīdī. Priekšmeta pacelšanai izmantot abas rokas;
- 5) **izvairīties no pārāk cieša satvēriena** – jāizvairās no priekšmetu ciešas satveršanas, piemēram, nesot smagas somas, iepirkuma maisiņus, turot šķēres vai knaibles u. tml.;

- 6) **izvairīties no statiskām pozām ilgstošā laika periodā** – uzturēšanās vienā pozā ilgāku laiku var izraisīt locītavu stīvumu un veicināt sāpju rašanos. Lai aizsargātu locītavas, nepieciešams mainīt pozu pēc iespējas biežāk;
- 7) **samazināt piepūli, pielietojot adaptīvas metodes un tehniskos palīglīdzekļus** – ir pieejami dažādi tehniskie palīglīdzekļi, kas atvieglo ikdienas aktivitāšu veikšanu, piemēram, var izmantot palīglīdzekļus kārbu atvēršanai, palīglīdzekļus, kas atvieglo ģērbšanos, tualetes paaugstinājumu, dušas krēslu, vannas dēli. Izmantojot tehniskos palīglīdzekļus, tiek samazināta slodze uz locītavām;
- 8) **veicināt pareizas ķermeņa pozas un mehānikas pielietošanu** – ja, veicot uzdevumu, tiek ievērota pareiza poza, tad tiek samazināta slodze uz locītavām. Pareizs ķermeņa mehānisms ļauj izmantot ķermeni efektīvāk – pārņest smagus priekšmetus, turot tuvāk pie krūtīm; celt priekšmetus no zemes, iesēžoties ceļos un ar taisnu muguru paceļot priekšmetu;
- 9) **saglabāt muskuļu spēku un locītavu kustību apjomu** – vingrinājumu komplekss palīdz uzturēt optimālu locītavu funkciju, saglabājot locītavu kustību apjomu. Vingrinājumu laikā muskuļi pakāpeniski tiek izstiepti, kas ļauj saglabāt funkcionālo stāvokli;
- 10) **saglabāt līdzsvaru starp brīvo laiku un aktivitāti** – veicot dažādas aktivitātes, ir nepieciešams ieplānot atpūtas laiku. Saglabājot līdzsvaru starp nodarbi un brīvo laiku, ir iespēja paveikt vairāk, lai gan tas prasa ilgāku laiku. [29; 46; 58]

Pētījumā par locītavu aizsardzības apmācības programmu ir pierādīts, ka locītavu aizsardzības principi samazina sāpes un lokālo iekaisumu, saglabā locītavu struktūru un saglabā funkcionālo stāvokli. Savukārt locītavu aizsardzība īstermiņā var samazināt sāpes un saglabāt funkcionālo stāvokli, bet ilgtermiņa efektivitāte vēl ir nenoteikta. [44]

Britu klīniskajās vadlīnijās reimatoloģijā tiek pastiprināti uzsvērti locītavu stāvokļi, kas var veicināt deformācijas un līdz ar to arī funkcionālos ierobežojumus. Izmantojot locītavu aizsardzības principus, locītavām tiek sniegts atbalsts, veicot ikdienas aktivitātes, kā arī piemērotas adaptīvas metodes, lai samazinātu spēku uz locītavām un aktivitāšu veikšanas laikā aizsargātu locītavas. [47]

Ir pierādīts, ka vingrinājumi mazina sāpes, jutīgumu un pietūkumu locītavās, ļaujot saglabāt kontroli pār slimību. Locītavu aizsardzības principi ļauj pacientiem veikt ikdienas aktivitātes, samazinot locītavu noslogošanu, un nodrošina profilaktiskos pasākumus, kas agrīnā reimatoīdā artrīta posmā ir svarīgi, lai veicinātu pacientu patstāvīgi veikt uzdevumu izmaiņas locītavu aizsardzības izmantošanas nodrošināšanai ikdienas aktivitātēs. [29]

Apmācība locītavu aizsardzības principu ievērošanā

Apmācība locītavu aizsardzībā balstās uz locītavu aizsardzības principu pielietošanu ikdienas aktivitātēs, piemēram, samazinot slodzi uz locītavām vai sadalot slodzi uz vairākām locītavām. Apmācības uzdevums ir ne tikai sniegt īstermiņa efektivitāti (rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas laikā), bet arī ilgtermiņā izmainīt uzvedību, veicot ikdienas aktivitātes.

Lai apgūtu locītavu aizsardzības principus, apmācības procesā var izmantot tradicionālo apmācības metodi vai psihoizglītojošo apmācības metodi.

Tradicionālās apmācības metodes mērķis ir ieviest izmaiņas uzvedībā, kas prasa ievērot locītavu aizsardzības principus, lai atvieglotu ikdienas aktivitāšu veikšanu.

Savukārt *Niedermann* [59] pētījumā ir pierādīts, ka psihoizglītojošā mācību metode, pastāstot par locītavu aizsardzības nozīmi, sniedz lielāku ieguvumu apmācības procesā un ka iegūtās zināšanas ir noturīgākas un tiek vairāk pielietotas, veicot ikdienas aktivitātes.

Apmācība locītavu aizsardzības principu ievērošanā var tikt nodrošināta individuāli vai grupās. Ir pierādīts, ka pacienta apmācībai ir neliela, īstermiņa ietekme uz locītavu aizsardzību un nespēju. Individuālās apmācības, salīdzinot ar grupas apmācībām, labāk spēj uzlabot pacienta zināšanas un locītavu aizsardzības principu ievērošanu mājās vidē.

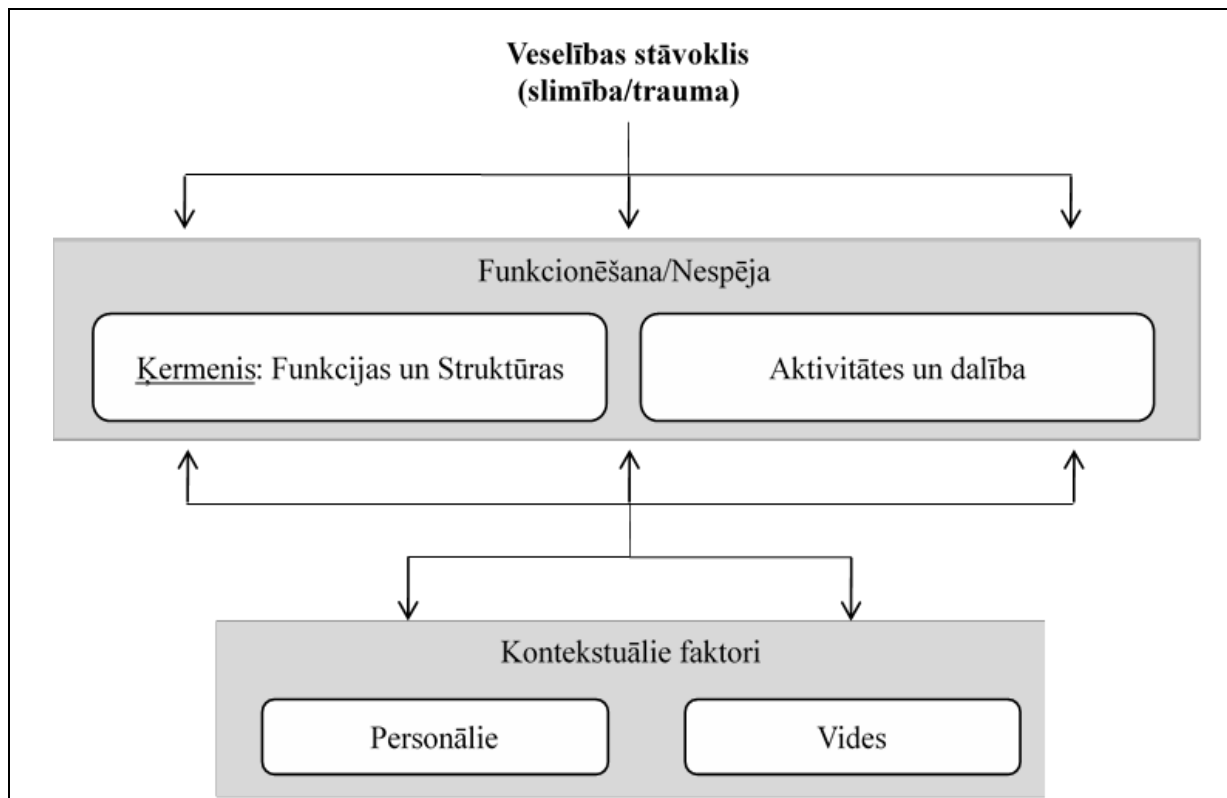
Pacienti ar reimatoīdo artrītu jau spontāni izmanto locītavu aizsardzību, reaģējot uz sāpēm, un apmācība ļauj pārliecināties, vai darbības tiek veiktas pareizi, un saskatīt locītavu aizsardzības principu priekšrocības, kas motivē veikt dažādas izmaiņas. Locītavu aizsardzības principu apmācība ir efektīva, tā palīdz pacientiem samazināt sāpes, rīta stīvumu un slimības paasinājumu skaitu. [13] Ergoterapeiti un fizioterapeiti pacientiem ar reimatoloģiskām saslimšanām parasti iesaka uzlabot funkcionālās spējas un ievērot locītavu aizsardzības principus ikdienas aktivitāšu veikšanā.

4. VISPĀRĪGIE TEHNISKO PALĪGLĪDZEKĻU LIETOŠANAS MĒRĶI, IZVĒLES UN PIEMĒROŠANAS PAMATPRINCIPI

PVO Pasaules invaliditātes ziņojumā 2011. gadā tika lēsts, ka ap 15% cilvēku no visas pasaules iedzīvotāju populācijas vidēji ir ar lielāku vai mazāku invaliditātes pakāpi, no kuriem savukārt 20% ir ar smagu invaliditātes pakāpi. [82]

Tehniskais palīglīdzeklis ir aprīkojums vai tehniskā sistēma, kas novērš, kompensē, atvieglo vai neitralizē funkcijas pazeminājumu vai invaliditāti. Savukārt tehnisko palīglīdzekļu pakalpojums ir pasākumu kopums, kas nodrošina personas funkcionālo novērtēšanu, tehniskā palīglīdzekļa izgatavošanu, pielāgošanu, apmācību tā lietošanā, nepieciešamības gadījumā remontu, kā arī piegādi personas dzīves vietā. [24]

Fiziskie, sociālie un attieksmju faktori veido vidi, kurā persona dzīvo un pavada savu dzīvi. Šie faktori gan pozitīvi, gan negatīvi var ietekmēt personas aktivitāšu veikspēju un ķermeņa funkcijas. SFK klasifikācijā galvenais komponents vides faktoru domēnā (skat. 4.1. attēlu) ir tehniskais palīglīdzeklis.



4.1. attēls. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija [26]

Tā kā tehniskie palīglīdzekļi var būt gan veicinātāji, gan šķēršļi aktivitātes veikšanai, tad, izvēloties personai atbilstošu tehnisko palīglīdzekli, uzsvars jāliek uz visaptverošu personas novērtējumu, ņemot vērā personas nolūku tehniskā palīglīdzekļa lietošanai, līdzšinējo dzīves pieredzi un vides resursus. Tehniskā palīglīdzekļa izvēlē svarīgākais ir veikt personas funkcionēšanas novērtēšanu, kas ir jābalsta uz objektīviem novērtēšanas kritērijiem atbilstoši Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas nosauktajiem funkcionēšanas līmeņiem, kas ir ķermenis (ķermeņa funkcijas un struktūras), indivīds (aktivitātes), sabiedrības līmenis (dalība) un konteksts (kontekstuālie faktori: vide un personālie faktori).

Ergoterapijā plaši pielietotais konceptuālais modelis "Persona–Vide–Nodarbe" uzsver personas un vides, tajā skaitā tehniskā palīglīdzekļa, mijiedarbības iespējas. Izvēloties personai piemērotu tehnisko palīglīdzekli, tiek panākta laba saskaņa starp personu un tehnisko palīglīdzekli nodarbes veikšanai. Persona spēj veikt nodarbi, tai ir pozitīvs rezultāts, un persona ir apmierināta, jūt gandarījumu par paveikto un vēlas nodarbi atkārtot. Nepiemērots tehniskais palīglīdzeklis rada sliktu saskaņu nodarbes veikšanai. Persona nespēj veikt nodarbi, tās rezultāts ir negatīvs, persona izjūt stresu un emocionālu diskomfortu. [51]

Atbilstošs tehniskais palīglīdzeklis var mazināt funkcionālos traucējumus un veicināt personas atveseļošanos, tas ir arī finansiāli izdevīgs gan tehniskā palīglīdzekļa lietotājam, gan sabiedrībai kopumā. Lietojot tehnisko palīglīdzekli, tiek samazināts gultā pavadāmo dienu skaits, mazinās aprūpētāju darba slodze, stacionēšanās ilgums un mājas aprūpei nepieciešamās izmaksas. [17]

Tehnisko palīglīdzekļu izmantošanas mērķi ir:

- kompensēt funkcionālo spēju zudumu;
- veicināt pēc iespējas neatkarīgu ikdienas aktivitāšu veikšanu;
- uzlabot dzīves kvalitāti;
- veicināt resocializāciju;
- celt pašnovērtējumu;
- atvieglot indivīda aprūpi.

Tehnisko palīglīdzekļu lietotāji un jebkurš interesents sev nepieciešamo informāciju, kas saistīta ar tehniskajiem palīglīdzekļiem, var atrast Eiropas palīgtehnoloģiju informācijas tīklā EASTIN. Tā ir vienota tehnisko palīglīdzekļu datu bāze, kas aptver informāciju par vairāk nekā 50 000 tehnisko palīglīdzekļu. EASTIN informācija ir pieejama visās oficiālajās Eiropas Savienības valodās, tas ir liels palīgs ārstniecības personām, kas strādā veselības aprūpē, tehnisko palīglīdzekļu ražotājiem un valsts iestādēs strādājošām personām, kas atbildīgas par tehnisko palīglīdzekļu nodrošinājumu. [3]

Starptautiskā standartu organizācija (ISO) ir standartizējusi kodus, ko piešķir tehniskajiem palīglīdzekļiem, ko lieto personas ar invaliditāti. Katram tehniskajam palīglīdzeklim tiek piešķirts savs kods, lai komunikācijas laikā starp speciālistiem, ražotājiem un patērētājiem tiktu izslēgta kļūdu iespējamība, kas var rasties valodas vai zināšanu atšķirību dēļ. [50]

Palīgtehnoloģiju iedalījums pēc ISO klasifikācijas (ISO 9999:2007):

- Individuālās medicīniskās aprūpes palīglīdzekļi (04).
- Palīglīdzekļi prasmju treniņam (05).
- Ortozes un protēzes (ortopēdiskie apavi) (06).
- Palīglīdzekļi personīgajai aprūpei un aizsardzībai (09).
- Personīgās pārvietošanās palīglīdzekļi (12).
- Mājsaimniecības palīglīdzekļi (15).
- Mēbeles un pielāgošana mājām un citām telpām (18).
- Saziņas un informācijas palīglīdzekļi (22).
- Palīglīdzekļi darbam ar priekšmetiem un ierīcēm (24).
- Rekreācijas palīglīdzekļi (30). [50]

Atbilstoša tehnisko palīglīdzekļu izvēle, nodrošināšana un izmantošana palielina personas neatkarību, samazina kritiena risku un uzlabo labklājību. Izmaiņas personas ikdienas nodarbēs var radīt paaugstinātu atkarību no citiem cilvēkiem, pārliecības trūkumu un depresiju. Pētījumos pierādīts, ka, uzlabojot personas spēju neatkarīgi iesaistīties ikdienas aktivitātēs, paaugstinās personas produktivitāte un apmierinātība ar dzīvi, samazinās nepieciešamība pēc aprūpes pakalpojumiem. [78]

4.1. Tehnisko palīglīdzekļu novērtēšanas process saskaņā ar Starptautisko funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikāciju

Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK) nodrošina vienotu sistēmu tehnisko palīglīdzekļu izvēles procesā. Šādā veidā personai tiek atrasts piemērotākais tehniskais palīglīdzeklis, ņemot vērā iegūtos rezultātus no novērtēšanas instrumentiem, personīgos aspektus, sociālos un vides novērtējumus. Labāko rezultātu tehnisko palīglīdzekļu izvēlē var sasniegt, ja ņem vērā specifiskos vides kontekstus, kurā tehniskais palīglīdzeklis uzlabo dzīves kvalitāti. Ļoti būtiski, ka tehnisko palīglīdzekļu izvēles process tiek balstīts uz SFK biopsihosociālo modeli.

Tā kā tehnisko palīglīdzekļu process ir vērsts uz lietotāju, visās pakalpojuma sniegšanas darbībās ir jāsadarbojas ar turpmāko lietotāju.

Tehniskā palīglīdzekļa lietotāja darbības procesu var iedalīt trīs fāzēs:

1. fāze – šīs fāzes laikā persona meklē risinājumus vienam vai vairākiem funkcionāliem traucējumiem, kuri ierobežo aktivitāšu veikšanu un līdzdalību. Tiek meklēta palīdzība pie ārstniecības personām;
2. fāze – persona pārbauda sniegtos risinājumus un piedāvātos tehniskos palīglīdzekļus, ko sniedz ārstniecības persona piemērotā vidē (ārstniecības iestādē, rehabilitācijas centrā, mājas vidē, skolā, darba vidē u. c.);
3. fāze – lietotājs pieņem sniegtos risinājumus, saņemot tehnisko palīglīdzekli un nepieciešamo apmācību tā lietošanai. [53]

Ārstniecības personu darbības tehnisko palīglīdzekļu pakalpojuma nodrošināšanā var iedalīt četrās fāzēs:

1. fāze – pirmā tikšanās ar personu, kura vēršas pēc palīdzības, funkcionālā stāvokļa novērtējums, iniciāla intervija ar mērķi noskaidrot psihosociālos un vides aspektus un multidisciplināras komandas iesaiste terapijas procesa realizēšanā;
2. fāze – ārstniecības persona(s) novērtē iegūtos rezultātus un personas izvirzītās vēlmes;
3. fāze – ārstniecības persona(s) meklē vislabāko tehniskā palīglīdzekļa risinājumu personai;
4. fāze – sadarbojoties ar personu, ārstniecības persona(s) piedāvā vispiemērotāko tehnisko palīglīdzekli, novērtē tā efektivitāti un personas apmierinātību. [53; 54]

Tehnisko palīglīdzekļu pakalpojums ir uz lietotāju vēsts process, kura mērķis ir uzlabot ikdienas aktivitāšu veikšanu un palielināt personas dalību. Tehnisko palīglīdzekli var uzskatīt par vides elementu, kas nodrošina starpniecību starp personas dzīves kvalitāti un labklājību noteiktā lietošanas kontekstā. [53]

4.2. Ārstniecības personu kompetence personas funkcionēšanas novērtēšanā un tehnisko palīglīdzekļu izvēlē un rekomendēšanā

Pēc iespējas labākus rehabilitācijas rezultātus rada multidisciplināras komandas iesaiste pacienta novērtēšanas un terapijas procesā. Lai personai nodrošinātu biopsihosociālu pieeju, nepieciešama multidisciplināra komanda, kur darbojas dažādi veselības aprūpes speciālisti:

ģimenes ārsts, neirologs, fizikālās medicīnas un rehabilitācijas ārsts, medicīnas māsa, fizioterapeits, ergoterapeits, tehniskais ortopēds, audiologopēds, uztura speciālists, sociālais darbinieks u. c. Komandas darba mērķis ir uzlabot pacienta līdzdalību ikdienas aktivitāšu veikšanā. Lai veiksmīgi īstenotu multidisciplināru aprūpi, ļoti būtiska ir laba komanda un komunikācija, kā arī personas iesaistīšanās un līdzestība ārstēšanas un rehabilitācijas procesā. Kopā ar pacientu un piederīgajiem atbilstoši funkcionēšanas ierobežojumiem un slimības simptomiem jāizvirza kopīgi, sasniedzami mērķi, tādējādi uzlabojot pašaprūpes aktivitātes, dzīves kvalitāti un integrāciju sabiedrībā. [10; 55]

Rehabilitācijas procesā iesaistītie speciālisti ir fizikālās medicīnas un rehabilitācijas ārsts, funkcionālie speciālisti (fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, tehniskie ortopēdi, uztura speciālisti, mākslas terapeiti), psihologi un klīniskie psihologi, sociālie darbinieki, medicīnas māsas un māsu palīgi, masieri u. c. speciālisti. [14] Funkcionālais speciālists ir ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo augstāko medicīnisko izglītību un darbojas atbilstoši savai kompetencei ārstniecībā. [5]

Katrai profesijai ir izstrādāts profesijas standarts. Funkcionālo speciālistu profesiju standartos ir apkopota informācija par personas funkcionālā stāvokļa novērtēšanu, pielietotajām tehnoloģijām profesijas ietvaros, izglītošanu un sabiedrisko darbu sabiedrības veselības veicināšanai, profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu un celšanu. Lielākā daļa funkcionālo speciālistu iesaistās personas funkcionālā stāvokļa novērtēšanā, lai izvēlētos piemērotu tehnisko palīglīdzekli (*skat. 4.1. tabulu*).

4.1. tabula

Profesijas standartā noteiktie funkcionālo speciālistu uzdevumi saistībā ar tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumu

Funkcionālais speciālists	Uzdevumi
1.	2.
Fizioterapeits	<ul style="list-style-type: none"> • Veic nepieciešamo palīglīdzekļu izvēli un to pareizas lietošanas apmācību; • konsultē par pārvietošanās palīglīdzekļu izvēli un iegādes iespējām. [20]
Ergoterapeits	<ul style="list-style-type: none"> • Veic tehnisko palīglīdzekļu nepieciešamības un/vai atbilstības izvērtēšanu savas kompetences ietvaros; • ikdienas darbā pielieto zināšanas par tehnisko palīglīdzekļu aprites sistēmu. [19]
Tehniskais ortopēds	<ul style="list-style-type: none"> • Veic cilvēka funkcionālā stāvokļa uzlabošanu; • novērtē nepieciešamību pēc tehniskā palīglīdzekļa, izgatavojot un/vai pielāgojot tehniskos palīglīdzekļus. [21]

1.	2.
Audiologopēds	<ul style="list-style-type: none"> • Pārzina alternatīvās komunikācijas tehniskos palīglīdzekļus, izvērtē to nepieciešamību; • prot alternatīvās komunikācijas tehniskos palīglīdzekļus pielietot savā profesionālajā darbībā; • apmāca pacienta piederīgos un citus terapijas procesā iesaistītos speciālistus alternatīvās komunikācijas tehnisko palīglīdzekļu lietošanā. [18]

Liela loma ir funkcionālo speciālistu savstarpējai sadarbībai un komunikācijai, nodrošinot pēc iespējas labākus terapijas rezultātus. Lai radītu vienotu pacienta novērtēšanas analīzes veidlapu, ir izstrādāta “Funkcionēšanas problēmas analīzes veidlapa” (*The Rehabilitation Problem Solving Form*) (skat. 5. pielikumu). Šajā analīzes veidlapā ir iekļauta informācija gan no SSK-10, gan no SFK. [66]

4.3. Tehnisko palīglīdzekļu aprites sistēma Latvijā

Tehnisko palīglīdzekļu noteikumi Nr. 1474 nosaka kārtību, kādā valsts piešķir tehniskos palīglīdzekļus par valsts budžeta līdzekļiem, un kārtību, kādā persona saņem tehniskos palīglīdzekļus. [79] Ar tiflotehnikas un surdotehnikas pakalpojumiem nodrošina Latvijas Neredzīgo biedrība un Latvijas Nedzirdīgo savienība, bet ar pārējo tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumiem – valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” (VSIA NRC “Vaivari”) struktūrvienība – Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centrs (VTPC), kurš no 2009. gada 1. septembra nodrošina tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumu sniegšanu.

Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centrs:

- organizē tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumu sniegšanas sistēmu, ņemot vērā teritoriālo principu, un izdod administratīvos aktus par pakalpojumu piešķiršanu konkrētām personām;
- nosaka tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumu sniedzējus un noslēdz līgumus par tehnisko palīglīdzekļu izgatavošanu, piegādi un pakalpojumu sniegšanu;
- nodrošina piešķirto valsts budžeta līdzekļu racionālu izlietojumu un šā izlietojuma kontroli;
- organizē tehnisko palīglīdzekļu apriti – tehnisko palīglīdzekļu datubāzu veidošanu un uzturēšanu, rindu veidošanu pakalpojumu saņemšanai un pakalpojumu saņēmējajām

personām, kā arī nodarbojas ar citiem ar pakalpojumu nodrošināšanu saistītiem jautājumiem;

- informē sabiedrību par pakalpojumu saņemšanas iespējām.

No valsts budžeta līdzekļiem finansē tikai tos tehniskos palīglīdzekļus, kuri ir uzskaitīti Ministru kabineta noteikumu Nr. 1474 2. pielikumā. Pielikumā iekļautie tehniskie palīglīdzekļi ir gan individuāli izgatavoti, gan rūpnieciski ražoti, tie ietver arī alternatīvās komunikācijas palīglīdzekļus.

Valsts apmaksāto tehnisko palīglīdzekļu iedalījums: personīgās medicīniskās aprūpes palīglīdzekļi, ortozes, protēzes, apavi, personīgās aprūpes un aizsardzības palīglīdzekļi, personīgie pārvietošanās palīglīdzekļi, palīglīdzekļi māsaimniecībai, palīglīdzekļi mājas un citu telpu pielāgošanai, pielāgotie palīglīdzekļi, komunikācijas informācijas un signalizēšanas palīglīdzekļi.

Tehnisko palīglīdzekļu pakalpojumus par valsts budžeta līdzekļiem ir tiesības saņemt personām ar ilgstošiem vai nepārejošiem organisma funkcionāliem traucējumiem vai anatomiskiem defektiem, ja šīs personas ir saņēmušas ārsta atzinumu par tehniskā palīglīdzekļa nepieciešamību.

Tehnisko palīglīdzekli ir iespēja saņemt:

- visu grupu personām ar invaliditāti un bērniem invalīdiem līdz 18 gadu vecumam;
- personām, kurām palīglīdzeklis nepieciešams, lai novērstu vai mazinātu funkcionālo mazspēju;
- personām ar prognozējamu invaliditāti;
- personām ar anatomiskiem defektiem. [11]

Lai saņemtu tehnisko palīglīdzekli par valsts budžeta līdzekļiem, persona Vaivaru tehnisko palīglīdzekļu centrā iesniedz vai nosūta pa pastu šādus dokumentus: iesniegumu tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai, ārstējošā ārsta atzinumu tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai (*skat. 6. pielikumu*) atbilstoši normatīvajiem aktiem par ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību. Savukārt, ja tehniskais palīglīdzeklis paredzēts bērnam vai pilngadīgai personai, kurai ir pārstāvis, papildus ir jāiesniedz arī pārstāvības tiesības apliecinājoša dokumenta kopija.

Katrai personai, lai saņemtu tehnisko palīglīdzekli par valsts budžeta līdzekļiem, ir jāveic vienreizēja iemaksa. Bērniem līdz 18 gadu vecumam šī iemaksa ir 1,42 eiro, personām pēc 18 gadu vecuma 7,11 eiro.

No vienreizējās iemaksas ir atbrīvotas šādas iedzīvotāju grupas (jāuzrāda izziņa):

- trūcīga persona;
- persona, kura atrodas ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā;

- persona, kuras dzīvesvieta reģistrēta stacionārā ārstniecības iestādē;
- persona, kura izcieš sodu brīvības atņemšanas vietā.

Saņemot gatavos ortopēdiskos apavus, papildus vienreizējai iemaksai par tehniskā palīglīdzekļa saņemšanu personai ir jāveic līdzmaksājums. Līdzmaksājuma summa sastāda 20% no izvēlēto apavu cenas. No šī līdzmaksājuma ir atbrīvoti bērni un trūcīgas personas. Personai ir tiesības iegādāties arī aktīvo riteņkrēslu īpašumā, veicot līdzmaksājumu, ja iepriekš jau ir bijis piešķirts aktīvais riteņkrēsls un persona to lietojusi ne mazāk kā trīs gadus. Veicot līdzmaksājumu, palīglīdzeklis tiek nodots personas īpašumā. [11]

Tehniskos palīglīdzekļus steidzamības kārtā ir tiesīgas saņemt:

- personas ar pirmreizējiem funkcionāliem traucējumiem;
- personas ar prognozējamu invaliditāti – individuālajā rehabilitācijas plānā paredzēto tehnisko palīglīdzekli, ja Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajā personas individuālajā rehabilitācijas plānā ir paredzēts, ka personai jāsaņem tehniskais palīglīdzeklis steidzamības kārtā;
- bērni;
- grūtnieces, kam antropometrisko rādītāju izmaiņu dēļ jānomaina iepriekš saņemtais tehniskais palīglīdzeklis;
- nodarbinātas personas un personas, kuras apgūst izglītības programmu, ja tehniskais palīglīdzeklis nepieciešams izglītības ieguves procesā vai darba pienākumu veikšanai, izņemot personīgās aprūpes un aizsardzības palīglīdzekļus, palīglīdzekļus mājāsaimniecībai, kā arī palīglīdzekļus telpu pielāgošanai.

Saņemot tehnisko palīglīdzekli steidzamības kārtā, papildus jāiesniedz šādi dokumenti:

- stacionārā vai ambulatorā pacienta medicīniskās kartes izraksts vai stacionārā pacienta medicīniskās kartes 1. ieliekamā lapa ar epikrīzi;
- individuālais rehabilitācijas plāns;
- izglītības iestādes apliecinājums, ka persona apgūst attiecīgu izglītības programmu;
- darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs pie attiecīgā darba devēja;
- personām, kas veic individuālo darbu vai saimniecisko darbību, ja tehniskais palīglīdzeklis nepieciešams attiecīgās saimnieciskās darbības veikšanai, iesniegumā jānorāda nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs un komersanta firma vai nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs. [11; 24]

Saistībā ar Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centra klientu (VTPC) apmierinātības pētījumu nozīmīgākais trūkums VTPC un klientu sadarbībā ir neapmierinātība ar tehniskā palīglīdzekļa gaidīšanas ilgumu tā saņemšanai. [28]

5. REHABILITĀCIJAS REZULTĀTU IZVĒRTĒŠANA PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ

Saskaņā ar PVO Eiropas Reģionālo biroju primārā veselības aprūpe tiek saņemta kopienā – no ģimenes ārstiem, māsām, darbiniekiem vietējās klīnikās vai citiem veselības aprūpes speciālistiem. Pakalpojumam jābūt universāli pieejamam pacientiem un viņu ģimenēm, izmantojot viņiem pieņemamus līdzekļus, ar pilnu līdzdalību un izmaksām, ko kopiena un valsts kopumā var atļauties. [79]

Ir nepieciešama integrēta veselības aprūpe, kas ļauj cilvēkiem piedalīties lēmumu pieņemšanā un patstāvīgi pārvaldīt savu veselību un labklājību. Problēmas, ar kurām saskaras veselības aprūpes pakalpojumu plānotāji un nodrošinātāji, ir populācijas novecošanās un arvien lielāks skaits pacientu ar hroniskiem veselības stāvokļiem, kam ir gan sociālas, gan ekonomiskas sekas. Pacientiem ar hroniskiem veselības stāvokļiem ir nepieciešama tāda veselības aprūpes pieeja, kas koncentrējas nevis uz nespēju un simptomu medicīnisku ārstēšanu, bet uz funkcionēšanu. [38] Tas paredz plānot veselības aprūpes pakalpojumus, kas tiek organizēti pacientu dzīvesvietās, paplašinot primārās veselības aprūpes ārstu prakses, iesaistot citas ārstniecības personas, veidojot sadarbību ar sociālo pakalpojumu sniedzējiem un citām nozarēm, kā arī koordinē speciālistu un nevalstisko organizāciju darbu. [81]

Rehabilitācijai jābūt veselības aprūpes pilnvērtīgai sastāvdaļai ar mērķi mazināt invaliditātes risku. Lai ārstniecības procesā optimāli tiktu izmantoti rehabilitācijas pakalpojumi, ārstniecības personām ir jāstiprina zināšanas par rehabilitācijas principiem un tās lomu pacienta ārstēšanā. Valsts kontroles revīzijas ziņojumā norādīts, ka šobrīd rehabilitācijas pakalpojumi nav pilnvērtīgi integrēti veselības aprūpes pirmajā līmenī – primārajā veselības aprūpē. Ģimenes ārstiem vajadzētu spēt atpazīt invaliditātes riskus un aktīvi virzīt pacientu pakalpojumu saņemšanai to mazināšanai, izvērtējot, kuros gadījumos pacientam būtu pietiekama ģimenes ārsta sadarbība ar funkcionālo speciālistu, piemēram, fizioterapeitu, ergoterapeitu un kuros gadījumos būtu nepieciešams iesaistīt multiprofesionālu speciālistu komandu. Tādējādi tiktu samazināts arī nosūtījumu skaits pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas speciālistiem, kas savukārt veicinātu veselības aprūpes resursu efektīvāku izmantošanu. [7]

Ergoterapija var sniegt ieguldījumu primārās veselības aprūpē vietējā, reģionālā un valstiskā līmenī veselības un sociālās aprūpes sistēmas ietvaros. Eiropā vismaz 14 valstīs ergoterapija ir integrēta primārās veselības aprūpē. [32]

Ieguvums no ergoterapijas primārajā veselības aprūpē ir:

- uz pacientu orientēta, holistiska, veselību veicinoša pieeja;
- profesionālā perspektīva, kas vērsta uz to, lai tiktu veicināta dalība ikdienas dzīvē visu vecumu indivīdiem, viņu aprūpētājiem un sabiedrībai kopumā.

6. REHABILITĀCIJAS MĒRĶU IZVIRZĪŠANA (*SMART*) UN MĒRĶU SASNIEGUMU SKALA

Rehabilitācijā ar jēdzienu “mērķis” saprot rezultātu, ko vēlas sasniegt. Mērķu izvirzīšana ir kļuvusi par rehabilitācijas komandas ikdienas darba daļu. Pētījumi rāda, ka mērķu izvirzīšana multidisciplināras komandas ietvaros uzlabo savstarpēju komunikāciju un lēmumu pieņemšanas procesu. Mērķu izvirzīšana ļauj praksē realizēt uz personu centrētu praksi.

Rehabilitācijas mērķus raksturo šādi parametri, ko nosaka pēc *SMART* principiem, un tie attiecināmi uz jebkuru rehabilitācijas mērķi:

- specifisks (*specific*);
- izmērāms (*measurable*);
- sasniedzams, uz aktivitāti balstīts (*attainable, activity-based*);
- personai nozīmīgs (*relevant*);
- laikā ierobežots (*time-bound*).

Piemērs: divu nedēļu laikā atvieglot un uzlabot pārvietošanos 500 m distancē modificētas neatkarības līmenī, lai X varētu doties uz veikalu. [65]

Vieglāk mērķi ir izvirzīt, nosakot to specifiskai aktivitātei, un mērķa rīcības definēšanai var izmantot SFK klasifikācijas kodus.

Mērķa sasniegumu skala (*Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation*) (Turner-Stokes, 2009) ļauj novērtēt, vai rehabilitācijas laikā ir sasniegti pacienta individuālie mērķi. Katram pacientam ir savs mērījums, taču vērtējums tiek veikts standartizēti. Uzdevumi tiek pielāgoti katram pacientam individuāli, un sasniedzamais līmenis tiek noteikts pēc esošā un sagaidāmā spēju līmeņa (*skat. 6.1. tabulu*).

Novērtēšanas process pēc GAS:

- 1) mērķu identificēšana / izvirzīšana;
- 2) mērķu “nosvēršana” pēc formulas “svarīgums × grūtības pakāpe” (ko vērtē ballēs no 0 līdz 3, kur 0 nozīmē “nemaz”, bet 3 nozīmē “izteikti”);
- 3) sagaidāmā iznākuma definēšana;
- 4) mērķa pamata līmenis ir 1;
- 5) skaitļos izteikto mērķu saskaitīšana.

Mērķu sasniegumu skalas (GAS) novērtēšanas tabula [72]

Punkti	Rezultāts
0	Pacients sasniedz sagaidāmo līmeni
+1	Pacients sasniedz nedaudz labāku līmeni nekā plānots
+2	Pacients sasniedz daudz labāku līmeni nekā plānots
-1	Pacients sasniedz nedaudz zemāku līmeni nekā plānots
-2	Pacients sasniedz daudz zemāku līmeni nekā plānots

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS AVOTU SARAKSTS

1. Andersone, D. Reimatoloģijas pacientu aprūpe – paveiktais un darāmais. Biedrība “Latvijas Veselības ekonomikas asociācija”. *Veselības ekonomists*, 2015. gada aprīlis, Nr. 4. Pieejams: http://stradavesels.lv/Uploads/2015/05/06/Veselibas_ekonomists_Fit_for_work_specizdevums_2015.pdf (sk. 12.04.2019.).
2. Centrālā statistikas pārvalde. *Iedzīvotāju veselības apsekojuma rezultāti Latvijā, 2016*. Pieejams: <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/veseliba/meklet-tema/214-iedzivotaju-veselibas-apsekojuma-rezultati>
3. Eiropas palīgtehnoloģiju informācijas tīkls. Pieejams: <http://www.eastin.eu/lv-LV/searches/Products/Index> (sk. 01.03.2019.).
4. Funkcionēt. *Latvian Oxford Living Dictionaries*. Pieejams: <https://lv.oxforddictionaries.com/definition/FUNKCION%C4%92T> (sk. 08.03.2019.).
5. Latvijas Republikas Saeima. *Ārstniecības likums*. Pieejams <https://likumi.lv/doc.php?id=44108> (sk. 17.05.2019.).
6. Latvijas Samariešu apvienība. *Par drošības pogu*. Pieejams: <http://www.samariesi.lv/lv/pakalpojumi/drosibas-poga> (sk. 05.04.2019.).
7. Latvijas Republikas Valsts kontrole. (2018). *Vai medicīniskā rehabilitācija tiek sniegta pacientiem, kam tā ir vajadzīga, un pareizajā laikā?* Revīzijas ziņojums. (sk. 19.05.2019.) Pieejams: http://www.lrvk.gov.lv/uploads/reviziju-zinojumi/2016/2.4.1-44_2016/Revizijas%20zinojums_Mediciniska%20rehabilitacija_07122018.pdf
8. Mārtinsone, K., Sudraba, V. (Red.) (2016). *Veselības psiholoģija*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
9. Mikažāne, H., Kadiša, A. (2012). Muskuļu un skeleta sistēma un ar to saistītās slimības. No: Lejnīeks, A. *Klīniskā medicīna*. Trešā grāmata. Rīga. 2, 201.–215. lpp.
10. Millere, A., Biezā, L. (2017). Parkinsona slimība. Multidisciplināra ārstēšana. *Doctus*. Žurnāls ārstiem un farmaceitiem, aprīlis 2017. Pieejams: <https://www.doctus.lv/2017/3/parkinsona-slimiba-multidisciplinara-arstesana> (sk. 17.05.2019.).
11. Ministru kabineta 15.12.2009. noteikumi Nr. 1474. *Tehnisko palīgglīdzekļu noteikumi*. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=202674> (sk. 16.05.2019.).
12. Ministru kabineta 2017. gada 7. augusta rīkojums Nr. 394 *Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”*. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/292718-par-konceptualo-zinojumu-par-veselibas-aprupes-sistemas-reformu> (sk. 08.03.2019.).

13. Nordenskiolda, U., Althofa, B., Hansena, A. (2005). *Locītavu aizsardzība – aktīvai dzīvei*. Rokasgrāmata. Zviedrijas Reimatisma asociācija un Zviedrijas Ergoterapeitu asociācija. Stokholma, Zviedrija. (Izdota latviešu valodā 2005. gadā.)
14. Nulle, A. (2013). *Cilvēkresursu plānošana rehabilitācijā 2014–2020*. Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/andacilvekresursu_planosana_rehabilitacija.pdf (sk. 17.05.2019.).
15. Pasauls Bankas pētījuma “Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupu diskusiju rezultāti” Eiropas Savienības fondu darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda, garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotā projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” Kopsavilkuma ziņojums par galveno informētāju intervijām un fokusa grupu diskusijām, Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupas diskusiju rezultāti, 9. nodaļums.
16. Pavasare, K., Skrule, J., Štāle, M., Rozentāle, G. *Latvijas gados vecu iedzīvotāju veselības stāvoklis un to ietekmējošie faktori*. Rīga: Slimību kontroles un profilakses centrs, 2012, 22.–24. lpp.
17. Pikše, I. (2012). Labklājības ministrijas Sociālo pakalpojumu departaments. *Tehnisko palīgīdzekļu pieejamība*. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/sabiedribas_lidzdaliba/tpl_ilnp_101212.pdf (sk. 01.03.2019.).
18. Profesijas standarts: audiologopēds. (2015). Pieejams: <https://visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0308.pdf> (sk. 17.05.2019.).
19. Profesijas standarts: ergoterapeits. (2006). Pieejams: <https://visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0370.pdf> (sk. 17.05.2019.).
20. Profesijas standarts: fizioterapeits. (2005). Pieejams: <https://visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0330.pdf> (sk. 17.05.2019.).
21. Profesijas standarts: tehniskais ortopēds. (2006). Pieejams: <https://visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0380.pdf> (sk. 17.05.2019.).
22. Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). *Fizisko aktivitāšu piramīda*. Informatīvie materiāli. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/informativi-izdevumi/informativi-izdevumi> (sk. 05.04.2019.).

23. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2016). *Neinfekciju slimības – saslimstība, mirstība un riska faktori. Situācija Latvijā 2012.–2015. gadā*. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/upload/Sabiedribas_veselibas_petijumu_faili/neinfekciju_slimibas_2006-2015.pdf (sk. 12.04.2019.).
24. *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums: LV likums*. Latvijas Vēstnesis, Nr. 168, 19.11.2002.
25. SSK-10 klasifikators. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexcdb0.html?p=ssk> (sk. 10.04.2019.).
26. *Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija: SFK*. PVO, Ženēva. Rīga, 2003.
27. Upmale, I. (2013). *Pieaugušo veselības izglītības darba organizācija un vadība primārās veselības aprūpes māsas praksē*: Promocijas darbs. Latvijas Universitāte.
28. Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centra klientu apmierinātības pētījums. (2016). Pieejams: <https://www.vtpc.lv/sites/default/files/editor/vtpc-12.2016.pdf> (sk. 17.05.2019.).
29. Adam, T. *Joint protection tips to help manage arthritis*. United States of America, 2012, July 11. Retrieved from: <http://www.avera.org/experience/shared/releases/news/2012/joint-protection-tips-to-help-manage-arthritis/> (sk. 15.04.2015.).
30. Berry, S., Kiel, D., P. Falls: *Prevention in nursing care facilities and the hospital setting*. Retrieved from: www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting (sk. 10.04.2019.).
31. Bohlman, N. L., Panzer, M. A., Kindig, A. D. (2004). *Health literacy. A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from: <https://doi.org/10.17226/10883> (sk. 08.03.2019.).
32. Bolt, M., Ikking, T., Baaijen, R., Saenger, S. (2019). *Scoping review: occupational therapy interventions in primary care*. Primary Health Care Research & Development 20(e28): 1–6. Retrieved from: doi:10.1017/S146342361800049X. (sk. 08.03.2019.).
33. Chronic disease. *The Free Dictionary*. Retrieved from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/chronic+disease> (sk. 01.03.2019.).
34. Clemson, L., Turner, J. R., Turner, J. R., Jacquez, F., Raglin, W., Reed, G. Reed, G. (2013). *Fall Risk Behavior*. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 755–758. Retrieved from: doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_879.
35. College of Occupational Therapists Ltd. (2015a). *The contribution of occupational therapy to GP services*. London, UK: College of Occupational Therapists Limited.

36. College of Physical Therapists of Alberta. (2007). *Primary Health Care. A Resource Guide for Physical Therapists*. (sk. 08.03.2019.). ISBN: 978-0-9687043-6-3. Retrieved from: https://www.physiotherapyalberta.ca/files/primary_health_care_1.pdf
37. COTEC = Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC). (2016). Position Paper Occupational Therapy and Primary Care. *Newsletter*, December 2016.
38. De Maeseneer, J. and Boeckxstaens, P. (2012). James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *British Journal of General Practice*, 62, 522–524.
39. Eurostat regional yearbook, 2013. Pieejams. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5784301/KS-HA-13-001-EN.PDF>
40. Falls. *Fact sheets*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> (sk. 10.04.2019.).
41. Foley, E. L., Nicholas, M. L., Baum, C. M., Connor, L. T. (2019). Influence of Environmental Factors on Social Participation Post-Stroke. *Behav Neurol*. 2019, 2606039. Retrieved from EBSCO: doi:10.1155/2019/2606039.
42. Fuller, G., 2000. Falls in the elderly. *American Family Physician*, 61, 2159–2168.
43. Ganz, D. A., Bao, Y., Shekelle, P. G., Rubenstein, L. Z. *Will my patient fall?* [sk. 20.03.2019.] Retrieved from: <http://web.a.ebscohost.com.db.rsu.lv/dynamed/DisplayEPFTdb=mdc&AN=17200478&ftt=p&site=ehost-live&direct=true&linktitle=Falls%20in%20the%20elderly¤tchunkid=115430&sid=3e587f96-dafd-479c-852b-d419b4fe65f3@sessionmgr4004&vid=4> (sk. 10.04.2019.).
44. Hammond, A., Freeman, K. (2001). One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 40 (9), 1044–1051. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.9.1044> (sk. 12.03.2015.).
45. Hammond, A., Freeman, K. (2003). *The long-term outcomes from a randomized controlled trial of an educational–behavioral joint protection programme for people with rheumatoid arthritis*. The United Kingdom. Pieejams: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6d817b7a-e66f-4398-ac3b-75ecb0caff25%40sessionmgr4004&vid=6&hid=4101> (sk. 15.04.2015.).
46. Hammond, A., Lincoln, N. (1999). *Development of the Joint Protection Behavior Assessment*. *Arthritis Care Res.*, 12(3), 200–207. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10513510> (sk. 26.10.2014.).

47. Hammond, A., Lincoln, N. (1999). *The effect of joint protection education programme for people with rheumatoid arthritis. A joint protection education programme for people with RA*. The United Kingdom: Retrieved from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fb731da2-b068-4abd-bb78-cd36ef52b422%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4101&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=a9h&AN=2287623> (sk. 15.04.2015.).
48. ICF Core Set for Osteoarthritis. Retrieved from: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/musculoskeletal-conditions/icf-core-set-for-osteoarthritis> (sk. 12.04.2019.)
49. ICF Core Set for Rheumatoid Arthritis. Retrieved from: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/musculoskeletal-conditions/icf-core-set-for-rheumatoid-arthritis> (sk. 12.04.2019.).
50. ISO 9999:2011. *Assistive products for persons with disability – Classification and terminology*. Retrieved from: <https://www.iso.org/standard/38894.html> (sk. 10.04.2019.).
51. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The PersonEnvironment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63(1), 9–23.
52. Mackenzie, L., Byles, J., Higginbotham, N. (2000). Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST; 1997): Selecting the Items. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(6), 260–269. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802260006300604> (sk. 11.04.2019.).
53. Marcia, J., Federici, S. (2018). *Assistive technology Assessment Handbook*. 2nd edition. Retrieved from: file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/FedericiScherer2017AssistiveTechnologyAssessmentHandbook_preview.pdf (sk. 19.05.2019.).
54. Marcia, J., Muller, D., Federici, S. (2012). *Assistive Technology Assessment Handbook*. By Taylor & Francis group.
55. van der Marck, M. A., Kalf, J. G., Sturkenboom, I. H. W. M., Nijkrake, M. J., Munneke, M., Bloem, B. R. (2009). Multidisciplinary care for patients with Parkinson’s disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 15(Suppl. 3), S219-S223. Retrieved from: doi:10.1016/S1353-8020(09)70819-3.
56. Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8,366-377. Retrieved from <http://www.hret-hiin.org/Resources/falls/17/morse-fall-scale-for-identifying-fall-risk-factors.pdf> (sk. 11.04.2019.).

57. Mutin-Carnino, M., Carnino, A., Rofino, S., Chopard, A. Effects of Muscle Unloading, Reloading and Exercises on Inflammation During a Head Down Bed Rest. *International Journal of Sports Medicine*. 2013, 35, 28–34.
58. National Association of Rheumatology Occupational Therapists. (2003). *Occupational Therapy Clinical Guidelines for Rheumatology*. The United Kingdom: Oxford.
59. Niedermann, K., de Bie, M. A., Kubli, R., Ciurea, A., Steurer-Stey, C., Villiger, P. M., Büchi, S. (2010). Effectiveness of individual resource-oriented joint protection education in people with rheumatoid arthritis. A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. Switzerland. Retrieved from: doi: 10.1016/j.pec.2010.02.014.
60. Podsiadlo, D, Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2):142-8. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1991946> (sk. 11.04.2019.).
61. Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., Woll, A. (2013). *Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies*. *BMC public health*. 13, 813. [sk. 08.03.2019.] Retrieved from: EBSCO doi:10.1186/1471-2458-13-813
62. Romberg test. Shirley Ryan Ability Lab. *Rehabilitation Measures database*. Retrieved from: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/romberg-test> (sk. 05.04.2019.).
63. Royal College of Occupational Therapists. (2015). *Occupational therapy in the prevention and management of falls in adults. Practice Guideline*. Retrieved from: <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-practice-guidelines/falls>
64. Scrutinio, T. D., Giardini, A., Chiovato, L., Spanevello, A., Vitacca, M., Melazzini, M., Giorgi, G. (2019). The new frontiers of rehabilitation medicine in people with chronic disabling illnesses. *European Journal of Internal Medicine*. 61, 1–8.
65. Siegert, R. J., Levack, M. M. W. (2015). *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence*. 1st Edition. CRC Press.
66. Steiner, A. W., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/ptj/82.11.1098> (sk. 10.04.2019.).
67. Stewart, L. S. P. and McKinstry, B. (2012). Fear of Falling and the Use of Telecare by Older People. *British Journal of Occupational Therapy*. Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4276/030802212X13418284515758> (sk. 05.04.2019.).

68. The chronic care model. *Improving Chronic Illness Care* (2006–2019). [01.03.2019.] Retrieved from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2
69. The timed “Up and go” test. Shirley Ryan Ability Lab. *Rehabilitation Measures database*. Retrieved from: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/timed-and-go> (sk. 05.04.2019.).
70. Tomicki et al., 2016. *Effect of physical exercise program on the balance and risk of falls of institutionalized elderly persons: a randomized clinical trial*. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1809-98232016000300473 (sk. 10.04.2019.).
71. Tonga, E., Duger, D., Karatas, M. (2016). Effectiveness of Client-Centered Occupational Therapy in Patients With Rheumatoid Arthritis: Exploratory Randomized Controlled Trial. *Turkish Journal of Rheumatology*, 2016, (31).
72. Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23 (4), 362–370. Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215508101742> (sk. 11.04.2019.).
73. WCPT. (2017). *Policy statement: Description of physical therapy*. London: World Confederation for Physical Therapy. Retrieved from: https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS_Description_of_physical_therapy_FINAL.pdf (sk. 08.03.2019.).
74. World Health Organization. (1988). *Disability Assessment Schedule 2.0*. Retrieved from: https://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/ (19.05.2019.).
75. World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Retrieved from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf> (sk. 16.03.2019.).
76. World Health Organization. (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health. 65 years and above*. Retrieved from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf..> (sk. 12.04.2019.).
77. World Health Organization. (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Retrieved from: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf (sk. 10.04.2019.).
78. World Health Organization. *Improving access to assistive technology*. Iegūts no: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_21-en.pdf (sk. 16.05.2019.).
79. World Health Organization. (2019). *Primary health care*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

80. World Health Organization. (2016.). *The mandate for health literacy*. Retrieved from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/> (01.03.2019.).
81. World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Retrieved from: <https://www.who.int/whr/2008/en/>
82. World Health Organization. (2011). *World report on disability, 2011* Retrieved from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (sk. 14.03.2019.).

Pielikumi

Morse kritienu riska novērtēšana skala

Pacients _____ Novērtēšanas datums _____

		Punkti
Kritienu pieredze	Nav (0 punkti) Ir (25 punkti)	
Sekundāra diagnoze	Nav (0 punkti) Ir (15 punkti)	
Pārvietošanās	Gultas režīms / personāla asistēšana (0 punkti) Kruķi / spieķis / kvadripods (15 punkti) Mēbeles (30 punkti)	
Intravenoza terapija	Nav (0 punkti) Ir (20 punkti)	
Gaita	Nav traucēta / gultas režīms / nepārvietošanas (0 punkti) Ir nestabila (samazināts muskuļu spēks) (10 punkti) Izmainīts gaitas stereotips (20 punkti)	
Kognitīvais stāvoklis	Spēj adekvāti izvērtēt savu funkcionālo stāvokli (0 punkti) Nespēj adekvāti izvērtēt savu funkcionālo stāvokli (15 punkti)	
		Punkti kopā:

Riska līmenis	Punkti	
Riska nav	0–24	Pacientam nav kritienu riska
Ir risks	25–46+	Pacientam ir kritienu risks (nepieciešama izglītošana par kritienu riska mazināšanu, tehniskie palīgīdzekļi)

Kritienu pieredze

- 25** Ir kritienu pieredze
0 Nav kritienu pieredzes

Sekundāra diagnoze

- 15** Vairāk kā viena diagnozes medicīnas vēsturē
0 Ne vairāk kā viena diagnozes medicīnas vēsturē

Pārvietošanās

- 30** Stabilitātei pacients atbalstās pret mēbelēm, piemēram, gultu
15 Pacients pārvietošanas ar kruķiem / spieķi/ kvadripodu
0 Pacients pārvietošanas bez palīgīdzekļiem (pieļaujama personāla asistēšana) / izmanto riteņkrēslu / gultas režīms

Intravenoza terapija (sistēma)

- 20** Ir
0 Nav

Turpinājumu sk. nākamajā lpp.

Gaita

- 20** Pacientam ir izmainīts gaitas stereotips (ir grūtības piecelties no krēsla, ir līdzsvara traucējumi. Līdzsvara traucējumu dēļ pacients atbalstam izmanto mēbeles, atbalsta personu (pavadoni), pārvietošanās palīg līdzekli un bez asistēšanas pārvietoties nespēj.
- 10** Pacientam ir nestabila gaita (samazināts muskuļu spēks). Pacients pārvietojas bez līdzsvara traucējumiem. Soļi ir īsi, gaita var būt šļūcoša.
- 0** Pacientam nav traucēta gaita.

Kognitīvais stāvoklis (jautā pacienta pašvērtējumu par spēju veikt aktivitātes)

- 15** Pacients nespēj adekvāti izvērtēt savu funkcionālo stāvokli
- 0** Pacients spēj adekvāti izvērtēt savu funkcionālo stāvokli

Kritienu un negadījumu mājas vidē novērtēšanas instruments

Pacients / klients:

Datums:

Definīcija: māja ir attiecināma uz cilvēka dzīvesvietas iekšpusi un ārpusi. Neskatoties uz to, ka pārbaudes lapa tiek aizpildīta vizītē – dienas laikā, šie jautājumi attiecas arī uz nakti.

GRĪDAS

<p>1. Vai tur, kur jūs staigājat, ir novākti vadi vai citi šķērslī?</p> <p><i>Definīcija:</i> nav vadu vai šķēršļu (kastes, avīzes, citi objekti), kas šķērsotu vai atrastos pie ieejas un celiņiem. Tas ietver mēbeles un citus priekšmetus, kas aizsprosto ieejas un/vai gaitenšus, priekšmetus, kas atrodas aiz durvīm, traucējot tās pilnīgi atvērt, kā arī paaugstinātus sliekšņus pie ieejas.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>	<p>3. Vai grīdas ir neslidenas?</p> <p><i>Definīcija:</i> atzīmē „Nē”, ja virtuvē, vannas istabā, veļas mazgātavā ir lamināta vai flīžu grīdas segums, ieskaitot arī pulētas grīdas, flīzes un laminātu citās telpās. „Jā” atzīmē, ja virtuvē, vannas istabā, veļas mazgātavā un citās telpās ir neslidenas grīdu virsmas.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>
<p>2. Vai paklāji ir labā stāvoklī?</p> <p><i>Definīcija:</i> paklāji/grīdsegas labi pieguļ pie grīdas, ir bez caurumiem, nav padīlusi, t.sk. paklāji uz trepēm.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>	<p>4. Vai paklāji, kuri neapsedz visu grīdas virsmu ir droši piestiprināti pie grīdas?</p> <p><i>Definīcija:</i> paklājam ir efektīva neslidena apakšējā virsma, vai arī paklājs ir pielīmēts vai pienaglots pie grīdas.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p> <p style="text-align: center;">MĀJĀS NAV PAKLĀJA - 0</p>

MĒBELES

<p>5. Vai persona var viegli un droši izkāpt un iekāpt gultā?</p> <p><i>Definīcija:</i> gultai ir piemērots augstums un stingrība. Personai nav jāpiepūlas, lai iegultos gultā.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>	<p>6. Vai persona var viegli un droši piecelties no atpūtas krēsla?</p> <p><i>Definīcija:</i> krēslam ir piemērots augstums, uz roku balstiem var viegli atbalsīties, pieceļoties, sēžamā virsma nav pārāk mīksta un zema.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p> <p style="text-align: center;">PERSONA LIETO TIKAI RITENKRĒSLU - 0</p>
--	---

Turpinājumu sk. nākamajā lpp.

APGAISMOJUMS

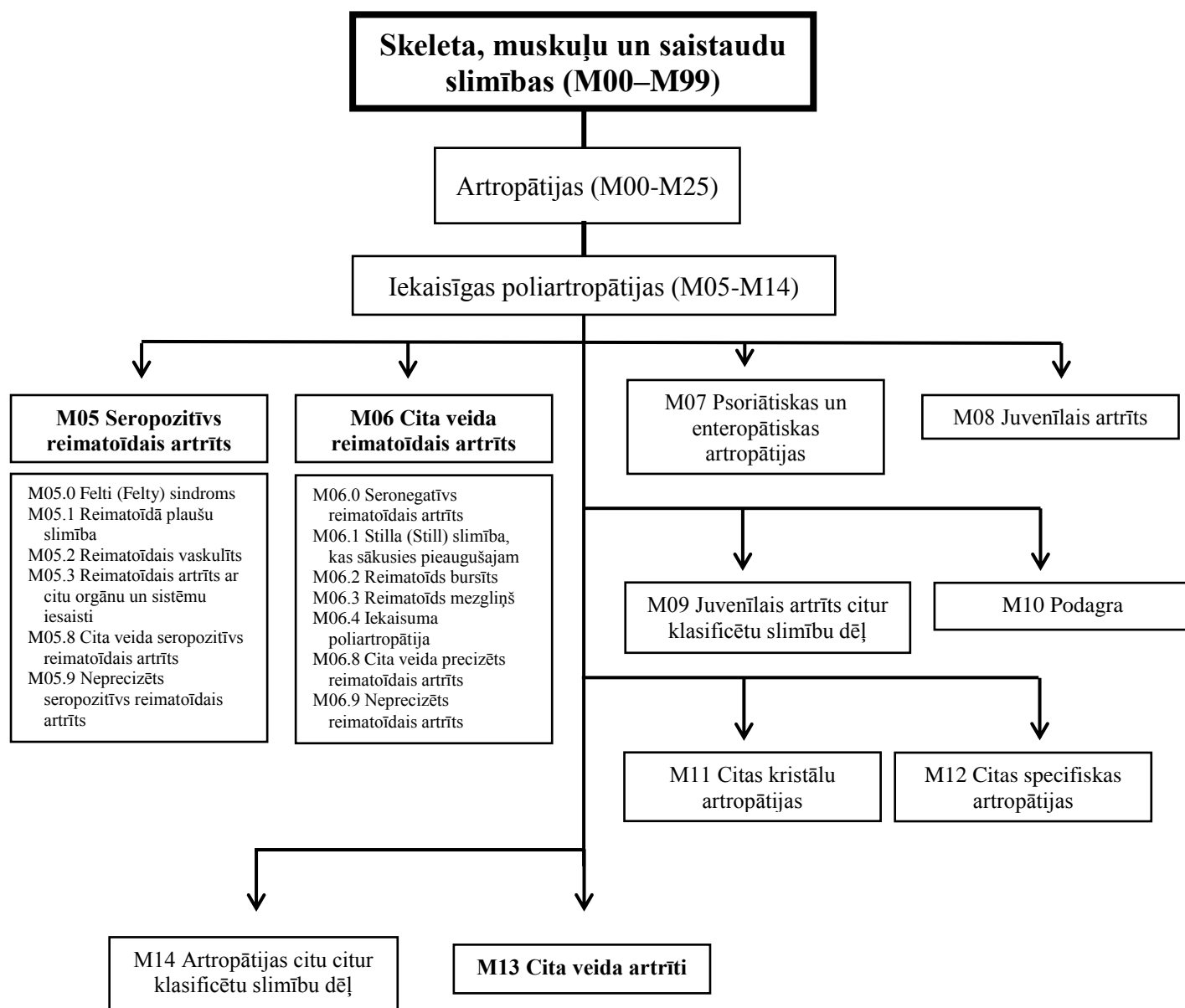
<p>7. Vai apgaismojums ir pietiekami spilgts, lai persona skaidri redzētu? <i>Definīcija:</i> ne mazāk pā 75 W. Istabas vidū nav ēnu, gaismā nedrīkst būt žilbinoša.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>	<p>8. Vai persona no savas gultas var viegli ieslēgt gaismu? <i>Definīcija:</i> naktī personai nav jāpieceļas no gultas, lai ieslēgtu gaismu – ir nakts lampa vai lampas, kuras ieslēdzas, reaģējot uz speciālo skaņu signālu.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>
<p>9. Vai āra celiņi, kāpnēs un ieeja ir labi apgaismoti naktī? <i>Definīcija:</i> ir apgaismots ieejas durvis, vismaz 75 W. Celiņi ir apgaismoti, t.sk. ielas lampas.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p> <p>NAV ĀRA CELIŅU, KĀPŅU UN IEEJU, ĀRDURVIS ATVERAS UZREIZ UZ IETVI - 0</p>	

VANNAS ISTABA

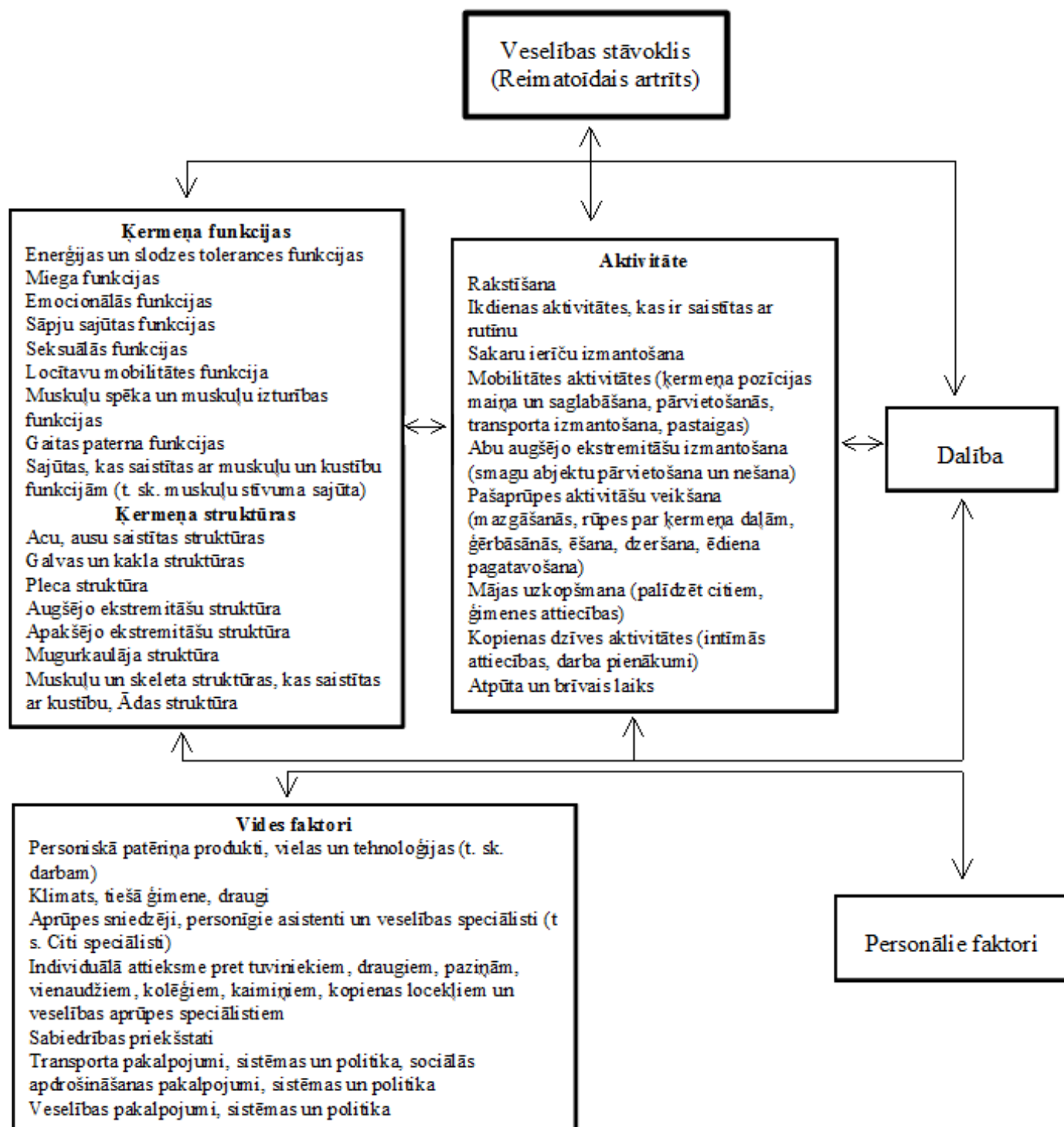
<p>10. Vai persona var droši un ērti apsēsties uz tualetes poda un piecelties no tā? <i>Definīcija:</i> tualetes podam ir piemērots augstums. Tualetes papīra turētājs atrodas viegli sasniedzama attālumā.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p> <p>PERSONA PASTĀVĪGI LIETO TUALETES KRĒSLU – 0</p>	<p>13. Vai ir pieejams stingrs rokturis dušas kabīnē vai pie vannas? <i>Definīcija:</i> rokturis stingri piestiprināts pie sienas. Neizmanto mēbeles, dvieļu turētājus u.tml., lai pieturētos. Rokturi var sasniegt, nezaudējot līdzsvaru.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>
<p>11. Vai persona var viegli un droši iekāpt vannā un izkāpt no tās? <i>Definīcija:</i> persona var viegli, bez riska pārkāpt pāri vannas malai, apsēsties vannā un pēc tam piecelties no tās, neturoties pie mēbelēm, vannas malām vai stangām. Persona bez riska lieto vannu vai dušu, stāvot vannā.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p> <p>MĀJĀS NAV VANNAS VAI VANNA NETIEK LIETOTA – 0</p>	<p>14. Vai tiek lietoti pretslīdes paklāji vannas istabā/ vannā/ dušas kabīnē? <i>Definīcija:</i> labas kvalitātes pretslīdes paklāji pie vannas vai dušas kabīnes.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>
<p>12. Vai persona var ērti un droši ieiet un iziet no dušas kabīnes? <i>Definīcija:</i> persona var viegli bez riska pārkāpt dušas kabīnes sliekšnim, neturoties pie atbalsta.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p> <p>MĀJĀS NAV DUŠAS KABĪNES - 0</p>	<p>15. Vai tualete atrodas pietiekami tuvu guļamistabai? <i>Definīcija:</i> atrodas ne tālāk par divām durvīm (ieskaitot guļamistabas durvis) – nav nepieciešams iziet ārā vai atslēgt durvis, lai nokļūtu tualetē.</p> <p style="text-align: center;">JĀ - 1 NĒ - 2</p>

Turpinājumu sk. nākamajā lpp.

Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības SSK-10



Mijiedarbība starp SFK komponentiem un reimatoloģiskās saslimšanas



Rehabilitācijas problēmrisināšanas veidlapa (RPR veidlapa)³

Vārds, uzvārds:	Veselības traucējums / slimība		Medikamenti: Vērtētājs: Rehabilitācijas mērķis:
Personas kods:	Diagnoze:		
Vecums:	SSK-10:		
Vērtēšanas datums:	Darba vēsture:		
Pacienta un tuvinieku vērtējums			
	Funkcijas / Struktūras	Aktivitātes	Līdzdalība
Funkcionālo speciālistu vērtējums			
Personālie faktori		Vides faktori	

Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas:

- Fizioterapeits _____
- Ergoterapeits _____
- Ārsts _____
- Tehniskais ortopēds _____
- Audiologopēds _____
- Uztura speciālists _____
- Sociālais darbinieks _____
- Cits _____

³ Steiner et al.(2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*, 8 (11).

Atzinums tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai

Datums, mēnesis, gads

Personas vārds, uzvārds _____

Personas kods

Adrese _____

Diagnoze _____

Diagnozes kods .

(pēc SSK 10.redakcijas)

Funkcionālo traucējumu apraksts un rekomendācijas, ieteicamais tehniskā palīglīdzekļa veids

Ārstējošais ārsts _____

(paraksts, personīgais spiedogs)

Pieejamie un lietotie mērījumi rehabilitācijā un to sadalījums atbilstoši SFK struktūrai

Novērtēšanas instruments	Ķermeņa funkcijas un struktūras	Aktivitātes	Dalība	Vide
Bartela indekss (<i>Mahoney, Barthel, 1965</i>)	+	+	+	+
Funkcionālās neatkarības mērījums (<i>US National Advisory Committee</i>)		+	+	
Pašaprūpes prasmju novērtējums (<i>Performance Assessment of Self-care Skills</i>)	+	+	+	+
<i>WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)</i>		+	+	
<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)</i>		+	+	+
Sešu minūšu iešanas tests (<i>The 6-minute walk test (6MWT)</i>)		+	+	
Piecelšanās un iešanas tests (<i>The Timed-Up and Go (TUG)</i>)		+	+	+
Lokomotoro spēju indekss (<i>Locomotor Capabilities Index-5 (LCI-5)</i>)		+	+	+
<i>Peabody Picture Vocabulary Test, 3. un 4. versija</i>				
<i>Vineland adaptīvā uzvedības skala (Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS))</i>		+	+	
<i>Gross Motor functional classification system (GMFCS)</i>	+	+	+	+
<i>Speech/Sentence Intelligibility Test (SIT)</i>	+	+	+	
Mini-mentālā stāvokļa izmeklēšanas tests (<i>Mini-mental State Examination (MMSE)</i>)	+	+	+	
Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala (<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>)	+	+	+	
Alcheimera slimības novērtēšanas skalas kognitīvā apakšskala (<i>Alzheimer's Disease Assessment Scale, cognitive subscale (ADAS-Cog)</i>)	+	+	+	
<i>The Housing Enabler (HE)</i>	+	+	+	+
Lietojamība manās mājās (<i>The Usability in My Home instrument (UIMH)</i>)		+	+	+
Mājas drošības pašnovērtējuma instruments (<i>The Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT)</i>)		+	+	+
Kritienu riska novērtēšanas rīks (<i>Fall Risk Assessment Tool (FRAT)</i>)	+	+	+	+
Kritienu un negadījumu mājās skrīninga rīks (<i>The Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)</i>)		+	+	+
Divu minūšu iešanas tests (<i>Two-Minute Walk (2 MW)</i>)		+	+	

Protēzes novērtēšanas aptauja (<i>Prosthesis Evaluation Questionnaire (PEQ)</i>)		+	+	+
Aptauja par ekstremitāšu protēzes lietotāja mobilitāti (<i>Prosthetic Limb Users Survey of Mobility (PLUS-M)</i>)		+	+	
Berga līdzsvara skala (<i>Berg Balance Scale (BBS)</i>)		+	+	
<i>Orthotics and Prosthetics Users' Survey (OPUS)</i>	+	+	+	
Kustību apjoma mērījumi (goniometrija) (<i>Goniometer</i>)	+			
Dinamometrija, muskuļu spēka mērījumi (<i>Dynamometer</i>)	+			
Instrumentālā gaitas analīze (<i>Gait analysis</i>)	+	+	+	
Lielo motoro funkciju mērījums (<i>Gross Motor Function Measure</i>)	+	+	+	
Vizuālo analoģu skala (<i>Visual Analogue Scale (VAS)</i>)	+			
Aptauja par ortopēdisko apavu lietojamību (<i>Questionnaire of Usability Evaluation of Orthopaedic Shoes</i>)	+	+	+	
Pēdas funkcijas indekss (<i>The Foot Function Index (FFI)</i>)	+	+	+	
Riteņkrēsla lietošanas prasmju tests (<i>Wheelchair Skills Test (WST 4.1)</i>)		+	+	
Tehnisko palīglīdzekļu psihosociālās ietekmes skala (<i>Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS)</i>)	+	+	+	+
Riteņkrēsla lietošanas pārliecības novērtējuma skala (<i>Wheelchair Use Confidence Scale (WheelCon), version 3.0.</i>)		+	+	
Kvebekas tehnisko palīglīdzekļu lietotāju apmierinātības novērtējums (<i>Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST)</i>)				+
Sēdēšanas novērtēšanas rīks (<i>Seating Identification Tool (SIT)</i>)	+	+	+	
<i>The Western Aphasia Battery – R (WAB)</i>	+			
Nacionālā veselības institūta insulta skala (<i>National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)</i>)	+	+	+	